

position du grand public et des professionnels tout au long de la journée, de 10 à 17 heures. L'entrée sera gratuite.

Avec le soutien officiel du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé de la Communauté française.

Renseignements (de 9 à 16 heures): ICAN, quai du Barbou 4, 4020 Liège. Tél.: 041/44.78.25. Fax: 041/44.77.02.

**Cancer**

Bruxelles

**9-11 décembre 1993**

Congrès "Europe et Cancer- Bioéthique et qualité de vie", organisé par la Belgian Society for Psychosocial Oncology, le CAM Groupe de recherche et de formation et Psychologie et Cancers (Association française). Lieu: Centre Culturel d'Auderghem.

Appel aux communications.

Renseignements: CAM, Linda Lambin, boulevard de Waterloo 106, 1000 Bruxelles, tél. 02/538.03.27, fax 02/538.09.26.

**Assuétude**

Charleroi

Centre d'information et d'aide, accueil avec ou sans rendez-vous, permanence téléphonique pour usager ou non de drogues, consultation individuelle ou familiale.

Lieu: rue d'Angleterre 10, 6000 Charleroi, tél. 071/30.26.56.

Renseignements: Coordination Drogue, Joël Pattyn, boulevard Mayence 14, 6000 Charleroi, bureau 205, tél. 071/23.74.62 ou 23.74.63.

**Soins à domicile**

Bruxelles

Sensibilisation à une habitation sans risques. Rédaction d'articles et exposés.

Public visé: prestataires de soins et de services à domicile

Renseignements: a.s.b.l. Soins à domi-

cile, rue des Moineaux 17-19, 1000 Bruxelles, tél. 02/513.45.99.

**Handicap**

Accessibilité des logements et des entreprises. Etablissement de fiches techniques, conseils techniques, rencontres, séances d'information.

Public visé: personnes à mobilité réduite temporairement ou définitivement.

Renseignements: Impulsion a.s.b.l., rue Victor Rauter 303 bte 5, 1070 Bruxelles, tél. 02/520.88.34.

**Cancer - maladie cardio-vasculaires et pulmonaires**

Verviers

Campagnes de dépistage et de prévention. D'abord information auprès des médecins généralistes, puis de tout l'arrondissement de Verviers.

Renseignements: Monique Boniver, Hôpital de Verviers (1er étage), rue du Parc 29, 4800 Verviers, tél. 087/21.23.30.

**Réseau Allaitement maternel**

Constitué en 1992, il rassemble des personnes actives dans les domaines de la formation, de la recherche, de l'aide et de la communication concernant l'allaitement maternel.

Pour que les familles puissent faire le choix de l'alimentation des nourrissons en toute connaissance de cause, pour qu'elles reçoivent le soutien nécessaire à la mise en route et à la poursuite de l'allaitement quand elles ont fait ce choix, les membres du Réseau Allaitement Maternel se concertent actuellement pour:

- favoriser des actions de promotion de l'allaitement comme facteur de santé et une formation optimale des professionnels sur cette question;
- veiller à l'adoption de lois et réglementations favorisant la situation des mères en période d'allaitement et contrôlant les pratiques com-

merciales des firmes productrices de substituts du lait maternel.

Le Réseau édite depuis le mois d'avril 93 un "Courrier" trimestriel destiné à faire circuler les informations d'actualité glanées par ses membres, aux niveaux associatif, communautaire, national et international.

Pour devenir membre, être invité à la prochaine assemblée du Réseau et/ou recevoir un exemplaire du "Courrier", prenez contact avec Pascale Kusters, rue du Bois de Lobbes 63, 6060 Gilly. Tél.: 071/42.15.25. Fax: 071/42.30.21.

**Médiathèque**

Voici la liste des programmes repris dans la catalogue "Education pour la santé" et qui ont été retirés de la collection (droits de diffusion non renégociés, programmes vieillissants ou dépassés, etc).

1. Apprenons à vivre ensemble SG 0004
2. Jouer avec le feu SG 0005
3. Dis Madame, pourquoi tu fumes? SG 0006
4. Histoire de poux SG 0007
5. Une matinée comme les autres SG 7002
6. Intoxications à la maison SH 0003/1
7. Yannick et les médicaments SH 0003/2
8. Seins sains SH 0005
9. Aimez votre coeur SH 0006
10. Les poux SH 0007/1
11. Stop à l'ulcère SH 0007/2
12. Jeunes! Alcool!: liberté, dépendance - Cures et prévention SI 7003
13. Jeunes! Alcool!: liberté, dépendance - Pour une éducation pour la santé SI 7004

# Education

## SANTÉ

### Réflexions

**Education pour la santé et mass media**

Echos du Congrès d'Amsterdam par Maryse Wanlin p.3

Toucher son public-cible par Philippe Mouchet p.4

Les médias, les médias? par Danielle Piette p.6

Education pour la santé "high tech" par Philippe Mouchet p.8

Interactivité gadget? par Jeanne-Marie Delvaux p.11

Un bon usage des médias par Philippe Thieffry p.12

Presse et santé: l'exemple du sida par Raphaëlle Kerstenne p.37

La "nouvelle" Union Internationale de Promotion et d'Education pour la Santé par Danielle Piette p.39

### Initiatives

Education et santé enfin réunies! p.40

Mon école contre le stress par Catherine Spiece p.42

### Matériel didactique

16 fiches d'outils en prévention des accidents domestiques

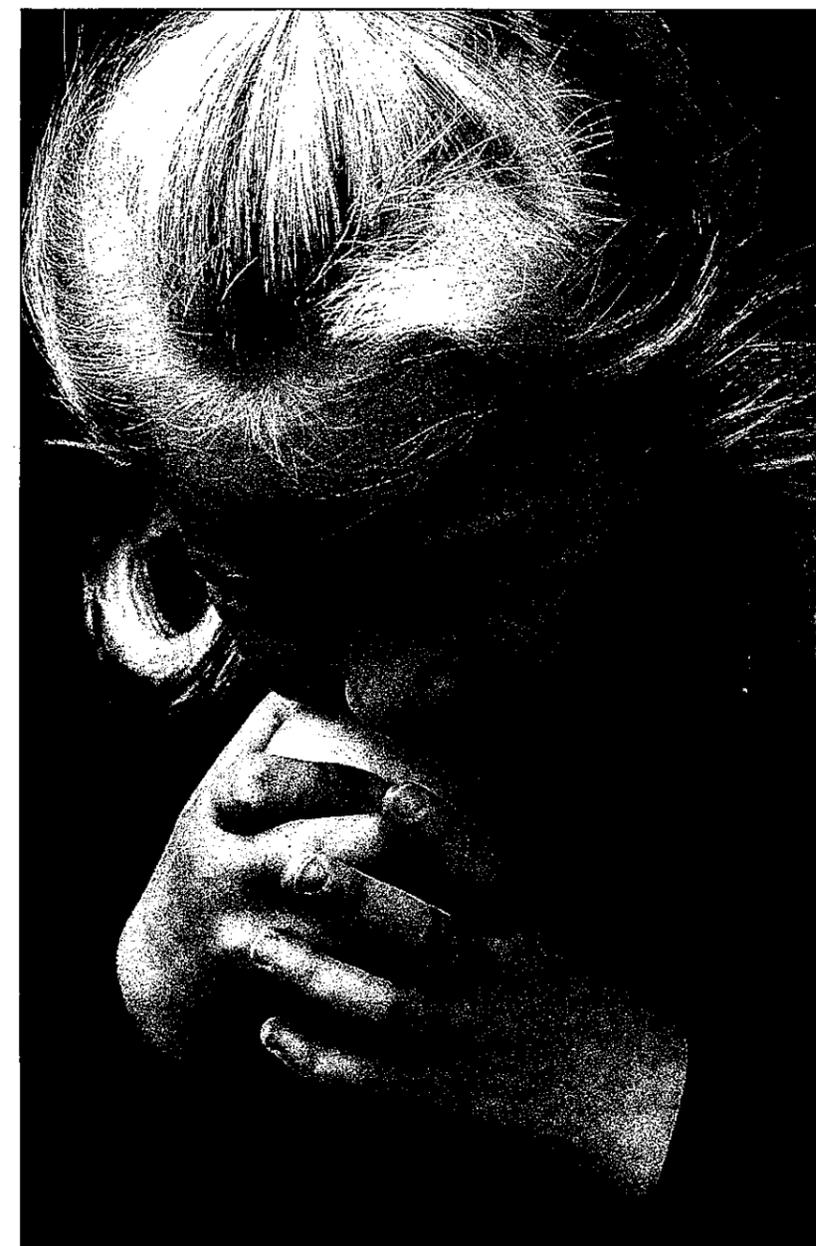


photo Zafar

## L'alimentation des enfants

Sur ce sujet, lisez notre dossier de 16 pages "Je mange bien à l'école"

La revue Education Santé est réalisée avec l'aide du Ministère de la Communauté française de Belgique - Département de la Santé. Elle est publiée dans le cadre de la Cellule de coordination intermutualiste - Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes / Union Nationale des mutualités Socialistes.



Pour la rentrée, nous vous avons préparé un numéro particulièrement chargé, et espérons-le, intéressant. Jugez-en plutôt.

Grâce à la collaboration active du Centre de Coordination Communautaire, de Question Santé, le service agréé "mass media", et de plusieurs participants, nous vous proposons un copieux dossier sur l'éducation pour la santé par les mass media. Un sujet passionnant, même s'il est plutôt théorique dans notre Communauté française, où rares sont les organismes qui peuvent se permettre de recourir régulièrement aux moyens de communication de masse.

La plupart d'entre vous ont sans doute déjà entendu parler du projet "Je mange bien à l'école" du SPEOL (Secrétariat Permanent de l'Enfant des Organisations Liégeoises), consacré à l'alimentation à l'école, et qui se développe depuis maintenant 4 ans en région liégeoise. On en est arrivé aujourd'hui à une phase d'extension en Communauté française. Le moment est donc bien choisi pour vous fournir une "carte de visite" détaillée de cette initiative. C'est l'objet du supplément de ce mois. Et sur le même sujet de l'éducation nutritionnelle à l'école, nous vous informons d'une rencontre "historique" entre secteurs de la santé et de l'enseignement. Le décloisonnement serait-il en marche?

Vous ne trouverez plus par contre de fiches descriptives des nouveaux programmes vidéos repris dans la collection "éducation santé" de la Médiathèque de la Communauté française de Belgique. La raison en est la parution prochaine du nouveau catalogue, dont nous ne manquerons pas de vous tenir informés. Espérons que les 16 fiches parues en mai et juin auront aiguisé votre curiosité.

Plus de fiches vidéo, soit, mais vous ne perdez pas au change, puisque la Médiathèque cède le témoin à Educa-Santé, qui vous offre 16 fiches signalétiques de matériel didactique dans le domaine des accidents domestiques.

Vu l'abondance de matière, nous avons dû reporter certains textes et certaines rubriques au mois prochain. Un peu de patience donc!

Enfin, je termine sur une bonne nouvelle pour nos abonnés étrangers, nombreux à nous témoigner l'intérêt qu'ils portent à notre revue. Nous pouvons maintenant pour eux aussi la gratuité de l'abonnement, grâce à l'appui du Commissariat Général aux Relations Internationales, qui couvrira les frais d'envoi à concurrence de 50.000 FB. Qu'il en soit remercié!

Christian De Bock, rédacteur en chef

Réalisation et diffusion: Infor Santé, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes.

Rédacteur en chef: Christian De Bock.

Conseiller de la rédaction: Jacques Henkinbrant.

Secrétaire de rédaction: Bernadette Taeymans.

Secrétaire de rédaction adjoint: Robert Bontemps.

Rédaction, documentation, abonnements: Maryse Van Audenhaege.

Comité de rédaction: Pierre Anselme, Martine Bantuelle, Robert Bontemps, Christian De Bock, Alain Deccache, Michel Demarteau, Jacques Henkinbrant, Roger Lonfils, Vincent Magos, Thierry Poucet, Marianne Prévost, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Eric Vandersteenen.

Editeur responsable: Jean Hallet.

Maquette: Philippe Maréchal.

Composition, photogravure et impression: Economat ANMC.

Tirage: 1.800 exemplaires.

Diffusion: 1.600 exemplaires. Diffusion à l'étranger assurée grâce à l'appui du Commissariat Général aux Relations Internationales de la Communauté française de Belgique.

ISSN: 0776 - 2623.

Les articles publiés par Education Santé n'engagent que leurs auteurs. Les articles non signés sont de la rédaction.

La revue n'accepte pas de publicité.

Les textes parus dans Education Santé peuvent être reproduits après accord préalable de la revue et moyennant mention de la source.

Pour tous renseignements complémentaires: Education Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles. Tél.: 02/237.48.53. Fax: 02/237.33.00 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).

## Tabagisme

### Bruxelles

**13-17 septembre 1993**

Plan de 5 jours (thérapie en groupe pour fumeurs) à l'hôpital Brugmann, du lundi au vendredi à 20 heures.

Renseignements: R. Lenoir, Vie et Santé, rue Ernest Allard 11, 1000 Bruxelles, tél. 02/511.36.80 ou 374.68.62.

## Obésité

### Anvers

**19-22 septembre 1993**

Congrès international organisé par l'a.s.b.l. Obesitas, en collaboration avec l'O.M.S., via le Bureau régional pour l'Europe.

Renseignements: Miep Bekkers-van den Hoven, Obesitas, Bunderbeeklaan 19, 2950 Kapellen, tél. 03/664.17.12, fax 03/541.33.99.

## Assuétude

### Gand

**28-29 septembre 1993**

Congrès national "Gestion des drogues en 2000", organisé par l'Université de Gand (Groupe de recherche Gestion des Drogues - Laboratoire de Toxicologie). Lieu: Centre de Congrès International, Citadelpark, 9000 Gand.

Le mardi 28: épidémiologie et prévention. Le mercredi 29: justice et aide sociale.

Renseignements: Oostvlaamse Politieacademie, Organisatiecomité Drugbeleid 2000, Braemkasteelstraat 41, 9000 Gent, tél. 09/224.61.57, fax 09/232.11.98.

## Cancer

### Liège - Bruxelles

**septembre à décembre 1993**

Séminaires de formation à l'accompagnement psychologique du malade cancéreux, organisé par Cancer et Psychologie.

Public visé: médecins, infirmières, travailleurs sociaux et bénévoles.

### Liège:

- séance d'information le 29 septembre à 20h15,

- formation de base les 10, 17 et 24 octobre,  
- accompagnement des mourants les 11 et 12 décembre.

Renseignements: rue des Augustins 55, 4000 Liège.

### Bruxelles:

- séance d'information le 6 octobre à 20h,  
- formation de base les 24 octobre, 14 et 28 novembre  
- accompagnement des mourants les 11 et 12 décembre.

Renseignements: avenue de Tervueren 215, 1150 Bruxelles, tél. 02/735.16.97.

## Alimentation

### Liège

**9, 16 et 23 octobre 1993**

Formation aux problèmes relatifs à l'alimentation des personnes âgées, sous forme de trois modules: facteurs influençant l'alimentation des personnes âgées; caractéristiques de cette alimentation; élaboration de projets de promotion de l'alimentation adaptée à cette catégorie de personnes. Une quatrième journée est prévue pour l'évaluation, et d'autres formations sont prévues en Communauté française.

La formation aura lieu de 9 à 15 heures dans les locaux de l'Institut Provincial d'Enseignement Supérieur paramédical de Liège, quai du Barbou 2. Elle coûte 4.000 FB pour les 4 journées.

Avec le soutien officiel du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé de la Communauté française.

Renseignements (de 9 à 16 heures): ICAN, quai du Barbou 4, 4020 Liège. Tél.: 041/44.78.25. Fax: 041/44.77.02.

## Alimentation

### Bruxelles - Liège

**12 octobre 1993**

"Le traitement des épilepsies aujourd'hui et demain": conférence organisée par la Fédération des Centres francophones de la Ligue belge contre l'Epilepsie (20 heures).

Public: parents, famille, professionnels.

Renseignements: avenue Albert 135, 1060 Bruxelles, tél. 02/344.32.63.

Une autre conférence sera organisée fin octobre (date non fixée) à Liège: "Epilepsie et problèmes d'apprentissage". Renseignements: Mme Jenny Lucas, Ligue contre l'Epilepsie, rue Alex Bouvy 18, 4020 Liège, tél. 041/41.29.66 et 41.29.92.

## Assuétude

### Liège

**18-20 octobre 1993**

Première Conférence européenne des intervenants en toxicomanie: "Convergences et divergences des modèles de prévention et de soins".

Renseignements: Association belge francophone des intervenants en toxicomanie (A.F.I.T.), boulevard d'Avroy 86, 4000 Liège, tél. 041/23.47.98, fax 041/22.27.74.

## Assuétude

### Bruxelles

**28 octobre, 18 novembre, 2 et 16 décembre 1993**

Module de formation destiné aux équipes pédagogiques de l'enseignement secondaire, organisé par Infor-Drogues, quatre jeudis de 9h30 à 12h. Prix: 3000 francs.

Date limite d'inscription: le 24 septembre 1993.

D'autres modules auront lieu en 1994.

Renseignements: Infor-Drogues, chaussée de Waterloo 302, 1060 Bruxelles, tél. 02/537.52.52.

## Alimentation

### Seraing

**24 novembre 1993**

"Tous à table avec nos aînés", une journée centrée sur les besoins des personnes âgées en matière d'alimentation et sur les initiatives mises sur pied pour y répondre, organisée dans le cadre de l'Année Européenne des Personnes Agées et de la Solidarité entre Générations.

Thèmes abordés: alimentation et qualité de vie au troisième âge; activité physique et alimentation des aînés; aspects socio-économiques de l'alimentation des personnes âgées. Divers stands et ateliers seront à la dis-

Les documents renseignés dans cette rubrique peuvent être consultés au centre de documentation d'Infor Santé, rue de la Loi 103, 1040 Bruxelles (2ème étage). Le centre est ouvert le lundi, mardi, jeudi et vendredi, uniquement sur rendez-vous pris au 02/237.48.53.

## Livres

### ACCIDENT DOMESTIQUE

La prévention des accidents domestiques de l'enfant, Ed. CFES, Vanves, 1992, (La Santé en action), 312p., 95FF, acd24

### ADOLESCENT

Adolescence. Identité - Santé - Société, Marseille, Prévenir, n°23, 1992, 191p., 130FF, vij26

### ALIMENTATION

Vivre Koekelberg en santé? Recherche-action sur les habitudes alimentaires dans un quartier de la région bruxelloise, MOSAIC, Bruxelles, 1993, 35p., ali68

### ANATOMIE / PHYSIOLOGIE

THIRY L., Tutoyer les virus, Bruxelles, Ed. Labor, 1993, (La science apprivoisée), 287p., 575FB, hya12

### CANCER

Qui fait quoi? (4ème éd.) - Brochure destinée aux travailleurs sociaux et para-médicaux, Oeuvre Belge du cancer, 1993, 88p., pca32

Qui fait quoi? - Brochure à l'intention des personnes atteintes du cancer et de leurs proches, Oeuvre Belge du cancer, 1993, 56p., pca33

### CONTRACEPTION

GRILLOT M.F., La pilule, Bruxelles, Ed. Casterman, 1993, (Des objets font l'histoire), 45p., sec12

CHEVALLIER E., Le préservatif, Bruxelles, Ed. Casterman, 1993, (Des objets font l'histoire), 45p., sec13

VISSER A., GEERAERT A., LEHERT P., Sexualité et contraception. Les relations dans le couple en Belgique, Bruxelles, Ed. De Boeck Université, 1993, (Savoirs & Santé), 173 p., 870FB, enquête, sec14

### EDUCATION POUR LA SANTE

LOUTZ N., MANCO A., L'éducation pour la santé à l'école primaire. Ap-

proche critique du cas de la Communauté française de Belgique (de 1980 à nos jours), GERM, Bruxelles, Cahiers du Germ (Expériences et analyses), n°223, IV/92, 41p., 250FB, eps53

GROSJEAN B., BOUCHET C., CORDRIE L., La santé, les jeunes et le théâtre, Comité français d'Education pour la Santé / Théâtre & Co, Vanves / Paris, 1992, 72p., 50FF, eps54

Théâtre - jeux - expositions. Outils d'éducation pour la santé, Comité français d'Education pour la Santé, Vanves (F), 1993, 50FF, eps55

Former en éducation pour la santé. Actes du colloque de Rennes 26-27 janvier 1989, Comité français d'Education pour la Santé / Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes, 1992, 151p., eps56

### ENVIRONNEMENT

Guide pédagogique Santé Environnement, Ecosystèmes, Arras, 1992, 76p., 222FF, env18

### HYGIENE CORPORELLE

POMEY - REY D., Les cheveux et la vie, Paris, Ed. Bayard, 1993, 189p., 110FF, hyc06

MOREN Y., La perruque rouge de Bouki. Les poux, L'enfant pour l'enfant Institut Santé et Développement, Paris, Edicéf, 1993, 31p., hyc07

### MEDICAMENT

JOOSSENS L., La lisibilité de l'étiquette et des notices des médicaments, CRIOC, Bruxelles, 1993, 300FB, med59

### OEIL

BOKOBZA Y., L'oeil en questions. La santé de vos yeux, Paris, Ed. Flammarion, 1993, (Santé Mode d'emploi), 194p., 99FF, poe06

### POLITIQUE DE SANTE

HOTTOIS G., PARIZEAU M.-H., et al., Les mots de la bioéthique, Bruxelles, Ed. De Boeck Université, 1993, (Sciences Ethiques Sociétés), 375p., 1650FB, pol42

### SANTE

Le Social dans la Santé - Congrès international - Liège 1992, Fédération des Centres d'Etudes et de Documentation Sociales S.E.D.S., Namur, 1993, 180p., san50

JOUBERT M., BERTOLOTTA F., BOUHNIC P., Quartier, démocratie et santé, Paris, Ed. L'Harmattan, 1993, (Logiques sociales), 271p., 130FF, san51

### SELF HELP

Actes du Forum des Groupes d'Entraide (13 mars 1993), Forum Self Help UNMS Promotion de la Santé, Bruxelles, 1993, 50p., ssh02

### SERVICE DE SANTE

BOÛTE J., DE LOCHT P., LEMAITRE P., Questionnements croisés sur l'Ordre des Médecins, GERM, Bruxelles, Cahiers du Germ (Expériences et analyses), n°224, I/93, 30p., 250FB, ssa59

### SIDA

LEURQUIN P., RENARD F., STROOBANT A., et al., Evaluation de la prévention du sida, IHE Unité épidémiologie, Bruxelles, 1992, 60p., psi19

FERRON C., LAURENT - BEQ A., Parler du sida avec les adolescents - "Une histoire d'amour", Ed. CFES, Vanves (F), 1992, (La Santé en action), 150p., 95FF, guide méthodologique, psi20

### TABAGISME

Travailler avec des fumeurs. Informations sur le tabagisme au travail et sur les moyens à mettre en oeuvre pour diminuer ses conséquences nuisibles, Commissariat Général à la Promotion du Travail Ministère de l'Emploi et du Travail, Bruxelles, 1993, 26p., ast53

Pour un hôpital sans tabac, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Paris, Ed. Doin, 1993, 46p., ast54

### TROISIEME AGE

Les aînés dans la société. Quelle place? Quels droits? Quelle protection?, ICP Brabant Wallon, Nivelles, 1993, vit35

## Matériel

### ACCIDENT DOMESTIQUE

Un risque maîtrisé est un accident évité, Educa Santé / Question Santé, 1993, livre à colorier, acd27

Electricité débranchée = vies sauvées, Question Santé, 1993, affiche, acd28

Plaies et brûlures, Club Pharmaceutique d'Education pour la Santé, Châtenay-Malabry (F), Info Santé, n°166, 06/93, dépliant, acd29

## Education pour la santé et mass media

### Echos du Congrès d'Amsterdam

Le troisième Congrès Européen de l'Union Internationale en Education pour la Santé s'est tenu du 24 au 26 Mai à Amsterdam.

Cette année, les organisateurs avaient choisi un thème très porteur, "Education à la santé et mass media: comment communiquer efficacement".

D'après Hans Hagendoorn, Vice-président de l'Union Internationale, Région Europe, ce choix se justifiait car la communication de masse a toujours joué un rôle important en éducation et promotion de la santé; il était donc nécessaire de redéfinir la place des mass media dans un processus de modification de comportement.

Un nombreux public international composé de professionnels de la santé et de la communication s'était déplacé.

Du côté belge, nous n'étions pas en reste avec une quinzaine de participants des communautés française et flamande.

Ce congrès fut donc, l'occasion de nombreuses rencontres, d'échanges et... de rapprochements.

Deux organisations ont oeuvré à la réussite de cette manifestation: le Bureau Européen de l'Union Internationale pour l'Education à la Santé (que Danielle Piette vous présente dans ce numéro) et le Centre Néerlandais de Promotion et d'Education à la Santé, tous deux basés à Utrecht.

Ce congrès se voulait avant tout un lieu de réflexion... Ne dit-on pas que "cerner le concept de communication, c'est démêler "un certain fouillis" où l'on trouve un peu de tout!"?

Plusieurs pistes ont donc été proposées aux participants au cours de séances plénières et d'ateliers:

- Y a-t-il une éthique de l'éducation pour la santé par la communication de masse?
- Quels sont les nouveaux médias et quelle est leur place dans l'éducation pour la santé?

- Comment va évoluer la stratégie de communication dans les années qui viennent?
- Quel est le bilan des programmes européens d'éducation et de promotion de la santé; ont-ils un avenir?
- Comment intégrer les programmes nationaux au niveau local?
- Comment peut-on renforcer les collaborations entre professionnels de la santé et spécialistes des médias?
- Le recours aux mass media est-il efficace pour faire passer un message d'éducation pour la santé? Comment mesurer cette efficacité?
- Comment atteindre efficacement les groupes cibles?

Quelques participants au congrès se proposent de traiter certains de ces thèmes ou questions à votre intention dans les pages suivantes.

Tous les ingrédients étaient réunis pour permettre des débats intéressants: des orateurs le plus souvent de qualité, un public de professionnels de la santé et de la communication intéressé, une organisation dégageant une plage horaire après chaque exposé... mais le niveau des échanges est resté assez général, ce qui a généré une certaine frustration chez les personnes en attente de réponses plus précises à leurs questions.

Des présentations de posters ont eu lieu durant les 3 jours du congrès. Ce fut l'occasion pour certains de faire connaître leur projet, leurs réflexions ou leur étude. Pour la Communauté française, le Dr Thieffry du Centre de Santé de l'OUCL a présenté un poster traitant des "Modèles théoriques de communication utilisés en éducation pour la santé".

Vu le nombre de participants, la richesse du sujet et ses multiples facettes, on peut être étonné du manque d'envergure de cette partie du congrès et du peu d'intérêt qu'elle a suscité.

Un videoweb a permis de visionner un quarantaine de productions (films ou spots) pendant toute la durée de la manifestation.

Comme toujours le même constat s'impose:

- nombre élevé de supports sur le sida, reflet sans doute de la multitude d'initiatives et de budgets consacrés ces dernières années à la lutte contre ce fléau;
- multiplicité des supports produits à destination des jeunes;
- faible pourcentage d'audiovisuels produits à destination des formateurs.

Deux films présentés avaient été réalisés en Communauté française de Belgique, l'un par le Centre de santé de l'UCL (*Dépistage précoce des troubles de l'apprentissage scolaire*), l'autre par l'Agence de Prévention SIDA (*Dilemme*).

Ici aussi, l'intérêt du public a été très mitigé sauf peut-être pour certains "chasseurs d'audiovisuels".

Il faut souligner que le fait d'avoir organisé ces séances simultanément avec les autres activités du congrès n'a pas incité les participants à se déplacer...

Un jury de spécialistes a classé les trois meilleures productions dans les catégories films et spots.

Comme on pouvait s'y attendre, la prévention du sida est sortie grand vainqueur de ce concours!

Tout au long du congrès, un media market a permis à certaines organisations (trop peu nombreuses à mon sens et essentiellement néerlandaises) de présenter leurs productions. Le Centre de Coordination Communautaire avait organisé un stand dans lequel plusieurs organismes de la Communauté française ont pu exposer leurs affiches, brochures, dépliants, dossiers pédagogiques. De nombreux congressistes s'y sont attardés entre deux séances plénières ou ateliers et ont apprécié la qualité de nos productions.

Ce genre de démarche a d'ailleurs été le point de départ d'échanges fructueux.

En fin de congrès, le Centre Néerlandais d'Education et de Promotion de

la santé a eu l'heureuse initiative de proposer une visite de certaines organisations oeuvrant dans le domaine de l'éducation pour la santé afin de confronter les différentes manières de travailler. Mais en une heure et demie, il est impossible d'approfondir une approche et c'est bien dommage.

Pour conclure, je citerai le Dr Asval, Directeur du Bureau régional Européen de l'OMS:

*"L'objectif essentiel de ce congrès était de permettre à des professionnels de la santé et de la communication de réexaminer comment ils communiquent et pourquoi ils le font de telle ou telle manière.*

*C'était également un nouveau moyen de suivre les changements dans le domaine de la communication, de s'y adapter et de rester ainsi des professionnels efficaces capables de répondre aux besoins de la population".*

## ■ Comment toucher efficacement son public-cible?

Vouloir toucher tout le monde, c'est ne toucher personne. L'observation de cette règle est primordiale en communication. En effet, il est illusoire de croire qu'un message puisse toucher tout le monde avec le même impact. Il existe, dans une même population, des différences énormes dans la façon de vivre, de penser et d'agir. La première étape, dans une stratégie de communication, est donc de segmenter son public et de définir son ou ses publics-cibles.

### Définir son public-cible

Un petit truc utilisé par tous les créatifs d'agence de publicité est de chercher à dessiner le portrait-robot du public auquel la campagne doit s'adresser. Ils recueillent toutes les informations susceptibles d'affiner son portrait. Celui-ci va prendre, par exemple la forme d'une jeune dame de 25 à 35 ans habitant dans une ville de province, travaillant comme employée de bureau, aimant les animaux domestiques, taille: 1m65, cheveux châtain clair, très attentive à sa ligne et à sa santé, ... Une fois le portrait-robot dessiné, ils lui donnent un prénom et lui créent une "carte d'identité". Ce petit exercice va leur permettre d'imaginer un message qui s'adresse à une personne en particulier plutôt qu'à un vague public qu'on connaît mal, ce qui aura un impact beaucoup plus important.

Cette première étape franchie, le créatif va devoir composer son message, en respectant les recommandations et

contraintes du client. Comme une campagne de communication, tant dans le secteur commercial qu'en éducation pour la santé, est loin d'être gratuite, il est de la plus haute importance qu'un message ne soit pas noyé dans une masse de messages insipides, incolores, inodores, mais puisse interpeller rapidement le public-cible.

Pour cela, il est nécessaire d'être au courant des différentes recherches menées en Europe et aux Etats-Unis dans le domaine de l'influence sociale et des facteurs favorisant un changement d'attitude et de comportement.

### Comment favoriser un changement de comportement?

De multiples recherches ont été réalisées en la matière depuis quelques dizaines d'années. Les services secrets du monde entier s'y sont intéressés depuis de longues années. Certaines méthodes ont "fait leurs preuves". Il en existe de deux sortes, celles qui respectent la liberté des gens et celles qui ne la respectent pas. Malheureusement, entre les deux, la frontière est extrêmement floue. On connaît le "bourrage de crâne" utilisé dans les anciens pays communistes, consistant en une répétition inlassable de slogans à la gloire du Parti. La publicité commerciale n'en est pas loin, à la seule différence que les messages sont un peu mieux emballés et qu'elle ne concerne que des produits de consommation...

Objectif réalisé? Je laisse à mes collègues le soin de répondre à cette question...

**Maryse Wanlin**, Chef de projet adjoint, Centre de Coordination Communautaire en éducation pour la santé

*Les actes du congrès peuvent être consultés au Centre de Coordination Communautaire, rue de la concorde 56, 1050 Bruxelles. ■*

## La théorie des trois cerveaux

Cette théorie a été élaborée par le Dr Paul McLean, directeur du laboratoire de l'évolution et du comportement du cerveau de l'Institut national de la santé mentale des Etats Unis.

Selon le Dr McLean, notre cerveau serait "triple". En effet, en plus de la latéralisation des hémisphères qui divise le cerveau de manière horizontale, il existe une division verticale du cerveau. Ce triple cerveau correspondrait aux niveaux d'évolution des espèces.

Ainsi, au sommet de la colonne vertébrale, se trouve le **cerveau reptilien** (primitif), correspondant au cervelet. Il est le siège des instincts et régit tous les schémas rigides et stéréotypés, ainsi que la routine et les gestes automatiques. Il gère également les fonctions vitales de notre organisme, la respiration, le battement cardiaque,...

Il apprend très lentement et déteste le changement. Il n'aime pas grand chose car les émotions naissent dans le second cerveau, le **cerveau limbique** qui abrite l'hypophyse et l'épiphyse. On le nomme également le **cerveau viscéral**, car il est le siège des pulsions et des émotions. Il agit comme filtre entre nos instincts (reptilien) et notre système de valeurs (cortex). Il est également le siège de la mémoire, de l'apprentissage et de la créativité.

Le troisième cerveau est bien entendu le **cortex** qui recouvre, telle une calotte plissée le cerveau limbique. C'est le siège du raisonnement, de la pensée

# Prévention sida

## ■ Les Belges et le sida

Une grande enquête nationale sur les comportements sexuels et les attitudes face au risque du sida vient de se dérouler dans notre pays. Réalisée par le Centre d'Etudes Sociologiques des Facultés universitaires Saint-Louis, en collaboration avec le Département Politieke en Sociale Wetenschappen de l'Universitaire Instelling Antwerpen, cette enquête bénéficie du soutien du Fonds National de la Recherche Scientifique, de la Communauté européenne (Programme "Santé Publique" de la DG V) et de la Région de Bruxelles-Capitale, ainsi que de la collaboration de l'Agence Prévention Sida et de l'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie.

Comme on s'en doute bien, une recherche de cette ampleur a été longue à mettre en place. Les auteurs ont pu exploiter cet inconvénient pour approfondir une étude qualitative préalable et préciser un certain nombre d'hypothèses.

Pour réaliser cette enquête, il a été fait appel à un bureau d'études privé, la société Dimarso.

### Enquête par téléphone...

L'option retenue a été l'administration d'un questionnaire standardisé par téléphone auprès de 4.000 personnes au sein d'un échantillon de 18.654 personnes domiciliées en Belgique et âgées de 15 à 59 ans. Cela permet un taux de réponse très supérieur aux enquêtes par courrier (on peut essayer de joindre la personne à plusieurs reprises sans la moindre difficulté), et cela coûte beaucoup moins cher qu'une enquête en face à face. L'inconvénient majeur est qu'on ne touche par définition que les abonnés au téléphone, qui ne se répartissent pas de façon aléatoire dans la population. Une enquête complémentaire en face à face est prévue pour compenser cet inconvénient.

Il faut signaler aussi que ce travail a nécessité la collaboration d'une quarantaine d'enquêteurs (formés pendant 2 jours) et d'une demi-douzaine de chercheurs, dont un à temps plein.

### ... sur un sujet délicat

On peut se demander si les gens sont prêts à collaborer à une recherche sur leurs comportements sexuels en rapport avec la prévention, et qui plus est par téléphone. Le questionnaire est long (45 minutes d'entretien en moyenne!) et certaines questions intimes.

Cette difficulté a été gérée de deux manières: d'abord en envoyant à toutes les personnes sélectionnées une lettre leur expliquant les objectifs et modalités de l'enquête, ce qui était de nature à les rassurer; ensuite en ouvrant une ligne verte où les gens pouvaient obtenir toute information complémentaire.

Résultat des courses: un taux de refus de 22%, ce qui est remarquablement peu.

### Les thèmes de l'enquête

Ce sont notamment la perception et la connaissance du risque, le dépistage et le préservatif, l'expérience sexuelle, les relations sexuelles des 12 derniers mois, le premier rapport sexuel (pour les jeunes seulement), la place de la sexualité, les humeurs corporelles, les ruptures, les réseaux sociaux, la discrimination à l'égard des personnes séropositives.

L'originalité de cette enquête par rapport aux recherches récentes est double.

D'une part, l'accent est mis, non pas sur l'individu, mais sur la relation entre les partenaires. Cette dynamique de la relation peut être déterminante, une même personne pouvant adapter son comportement en fonction des gens et des circonstances.

D'autre part, l'enquête insiste sur l'identification et la compréhension des contextes à risque. Il s'agit d'un ensemble de conditions existentielles et sociales où un ou les deux partenaires courent plus de risques d'être contaminés par le virus du sida. Par exemple, la recherche dans des relations parallèles et occasionnelles, de



ce dont on manque dans la relation principale. Pour de nombreuses personnes, l'attrait du risque peut être d'autant plus aigu que leur vie conjugale "officielle" leur paraît dépourvue de passion et de risque. L'adoption dans ces conditions d'une attitude de prudence est hautement improbable puisque c'est précisément cette logique même de la sécurité qui est fuie.

Cette approche de situations transitoires permet une appréciation plus fine de ce que l'on considère d'habitudes comme "groupes à risque".

### Les résultats

Même si cette enquête ressemble assez à un sondage d'opinion (d'une ampleur inhabituelle), elle s'en écarte par ses ambitions et sa construction méthodologique. C'est pourquoi il ne sera publié aucun résultat "croustillant" du genre nombre moyen de rapports sexuels par semaine.

Aucune donnée ne sera présentée indépendamment de sa pertinence par rapport à la prévention du sida.

Les premiers résultats seront publiés le 15 novembre prochain. Les responsables de l'enquête veilleront à ce qu'ils puissent être accessibles à un public non spécialisé.

En outre, un matériel audio-visuel a été recueilli en cours de recherche avec l'appui du CECOM (Centre d'études de la communication) et du Département de Communication de l'UCL. Ce matériel sera exploité de diverses manières (émission TV, programme plus scientifique, banque d'images).

*Centre d'Etudes Sociologiques, Facultés Universitaires Saint-Louis, Michel Hubert et Jacques Marquet, Bd du Jardin Botanique 43, 1000 Bruxelles. Tél.: 02/211.79.70. Fax: 02/211.79.97. ■*

## Les agriculteurs et leur santé

### Modèle wallon d'une politique de prévention à la ferme

Les travailleurs agricoles sont, comparativement à d'autres travailleurs, soumis à de nombreux risques de maladies professionnelles et d'accidents, travaillent un plus grand nombre d'heures et commencent très jeunes dans la profession; par contre, ils bénéficient de moins de prévention qu'en milieu industriel et public.

Une étude épidémiologique vient de paraître sur ce sujet. Les auteurs de cette étude, le Dr Paul Gourdin, médecin du travail, et Anne-Marie Feys, assistante sociale, connaissent bien la médecine du travail et le monde agricole. Avec l'appui des organisations agricoles wallonnes, ils ont mis en place une politique de prévention à la ferme en trois phases.

Une campagne d'information a été menée jusqu'en 1992 au sein des sec-

tions agricoles wallonnes. Cette campagne a d'ailleurs remporté le prix 1989 Santé et Entreprise du Club européen de la Santé.

Un set de diapositives projetées au cours de 150 conférences-débats a permis de sensibiliser des agriculteurs et agricultrices aux risques de maladies professionnelles et d'accidents à la ferme, et de leur proposer des axes de réflexions et d'actions. L'originalité réside dans le fait que c'est l'agricultrice qui se voit attribuer le rôle de "chef de sécurité" de la ferme.

La deuxième phase a été l'étude épidémiologique, réalisée entre 1990 et 1993, au sein d'un groupe représentatif du monde agricole wallon, avec l'aide de nombreux organismes privés et publics communaux, provinciaux, régionaux et européens.

Cette étude fait apparaître un bilan de santé moins satisfaisant pour les travailleurs agricoles indépendants que pour d'autres travailleurs salariés, ain-

si qu'un nombre élevé d'accidents graves à la ferme.

Ces constatations ont justifié dans l'esprit des auteurs la mise en place d'une politique réfléchie de prévention axée sur le rôle respectif du médecin généraliste à la ferme et de l'agricultrice.

La troisième phase sera donc la sensibilisation des médecins généralistes considérés comme les véritables "médecins du travail" de la ferme. Nous vous en reparlerons très certainement.

*L'étude complète (plus de 100 pages) est disponible au prix de 1.000FB, payable au compte n° 732-6371358-61 du Service de Santé au Travail de l'Agriculture Wallonne, en mentionnant vos nom et adresse.*

*Service de Santé au Travail de l'Agriculture Wallonne S.C., Centre Santé-Environnement, Place de la Station 10, 7181 Senefte. ■*

## Que souhaitons-nous faire de notre vie future?

Dans le cadre des Zones d'Action Prioritaire (ZAP), le Centre P.M.S. de la Communauté française à Morlanwelz m'a demandé d'animer un projet sur ce thème.

La classe était une 3ème professionnelle électricité de l'Institut Technique de la Communauté française. Participaient à ce projet Madame Thérèse Cordier, infirmière P.M.S. et Monsieur Yves Robert, coordinateur ZAP.

Cette expérience pilote était construite sur les présupposés suivants:

- les élèves qui se retrouvent en classe professionnelle ne l'ont pas choisi et y sont arrivés par échecs successifs;
- l'école les intéresse peu et ils se sentent des exclus, des ratés tant dans le milieu scolaire que dans la société.

Notre but était de permettre à ces élèves de récupérer une image positive d'eux-mêmes en parlant de leurs désirs pour leur vie et voir avec eux quels changements personnels mettre en place afin d'entraîner une modification du comportement face à l'école et leur milieu socio-culturel.

Le projet ayant eu lieu en fin d'année scolaire, quatre séances de cinquante minutes ont pu être réalisées.

La méthodologie employée consistait en une animation de groupe; la grille théorique référentielle était l'analyse transactionnelle.

Malgré le temps trop court, quelques pistes de réflexion ont pu être entrouvertes:

- reconnaître l'importance de parler de ses difficultés, de ses sentiments;

- se sentir valorisé parce que quelques adultes les considèrent comme des adolescents capables de réfléchir, de se prendre en charge et de mettre en place des changements avec l'aide de personnes spécialisées.

Le souhait des élèves est d'étendre ce projet, c'est-à-dire de le commencer avec des élèves de 14-15 ans, et d'avoir plus de séances sur l'année afin d'aller plus en profondeur.

Mes souhaits en tant qu'animatrice:

- que ce type de projet puisse s'étendre à d'autres classes, d'autres écoles;
- que ces principes puissent être repris dans le projet de réforme de l'enseignement professionnel actuellement à l'étude.

**Josette Samray**, Chef de travaux au Centre de Formation pour le personnel technique des Centres P.M.S. de la Communauté française. ■

abstraite, de notre système de valeurs avec tous ses jugements et interdictions.

En état de veille, le reptilien et le limbique sont connectés au cortex qui analyse et court-circuite tous leurs messages. Par contre, en état de relaxation, ces deux cerveaux ne sont plus connectés au cortex qui ne peut donc plus jouer son rôle de filtre.

De là découle que les émotions déclenchées par des stimuli agissant au niveau du cerveau limbique ne sont pas contrôlées par le cortex. Donc, inutile d'essayer de faire disparaître des peurs et des phobies par le raisonnement. Il est primordial de comprendre que la circulation entre le cerveau limbique et le cortex ne s'effectue qu'en sens unique, du limbique au cortex, mais non en sens inverse.

### La leçon des publicitaires

Quel rapport entre cette théorie du cerveau et les campagnes de communication devant favoriser un changement de comportement?

La leçon qu'il faut en tirer est qu'il est vain et inutile de tenter de favoriser un changement d'attitudes et de comportements profondément ancrés par des arguments faisant appel essentiellement au raisonnement.

C'est ici que se situe un des gros problèmes de la communication en matière d'éducation et de promotion de la santé. En effet, comme tous les autres secteurs non-commerciaux, il existe une méfiance vis-à-vis de toute forme de publicité commerciale. Cette méfiance est tout à fait légitime vu les buts opposés de l'une et l'autre formes de publicité. Néanmoins, les leçons qu'ont tirées les publicitaires voici quelques dizaines d'années sur le comportement du consommateur ne devraient pas être ignorées. Après avoir lancé des campagnes de publicité, encore appelées "réclames", donnant des arguments informatifs et rationnels aux consommateurs, les publicitaires se sont rendus compte que 90% des achats étaient impulsifs et qu'il ne servait à rien de faire de la publicité informative. Ils se sont donc empressés de lancer des campagnes où régnaient en maître l'émotion, la jouissance, la sensualité, la joie de

vivre, les fantasmes, l'ambiance, ... au point que, dans certains cas, l'image du produit n'est même plus présente sur les affiches.

### Quel média choisir?

Selon des études récentes, nous nous souvenons de:

- 10% de ce que nous lisons
- 20% de ce que nous entendons
- 30% de ce que nous voyons
- 50% de ce que nous voyons et entendons
- 80% de ce que nous disons (ou répétons)
- 90% de ce que nous disons en faisant quelque chose, c'est-à-dire lorsque nous joignons la parole et le geste (expérimentation).

Toujours, selon cette même étude, nous apprenons par:

- le goût: 1%
- le toucher: 1,5%
- l'odorat: 3,5%
- l'ouïe: 11%
- la vue: 83%

Comme nous le voyons, il est important que toute campagne médiatique soit accompagnée d'une campagne sur le terrain afin que le public-cible puisse expérimenter le message communiqué et ainsi avoir un maximum de chances de le retenir et de l'appliquer.

*Source: "Pour une éducation des jeunes à l'audiovisuel" Fondation Roi Baudouin 1990*

### La peur fait-elle vendre?

L'humour, les images-choc, la peur, la sympathie, voilà quelques-uns des tons que l'on rencontre dans les messages publicitaires.

Il faut tout d'abord savoir, qu'il n'y a pas un ton miracle qui pourrait être utilisé pour tous les messages. Selon les buts de la campagne, le public-cible, ... on choisira un ton adapté à ces différents paramètres.

D'un autre côté, le conflit fait rage entre les partisans et les opposants

des images-choc et de la peur pour favoriser un changement de comportement dans le domaine de l'éducation pour la santé, par exemple.

Les études démontrent que personne n'a tout à fait tort et personne n'a tout à fait raison. En effet, on peut constater que les publicitaires n'utilisent pour ainsi dire jamais la peur comme argument pour faire vendre un produit. On pourrait donc en conclure que ce n'est pas un argument intéressant. Néanmoins, un certain nombre de recherches ont montré que pour des campagnes non commerciales, la peur, savamment dosée pouvait avoir un effet mobilisateur. Mais, exactement comme la peur peut nous donner des ailes pour nous aider à fuir, elle peut tout aussi bien nous paralyser sur place.

Dans les messages, on a démontré que les images-choc et la peur faisaient résonner des peurs profondément enfouies à l'intérieur de notre cerveau limbique. Cette résonance se réalise la plupart du temps inconsciemment puisque le cortex va jouer alors son rôle de filtre. Ces études montrent qu'un message choc ne pourra avoir un effet mobilisateur que si le message est accompagné d'un message positif, sympathique qui va rassurer le cortex, en quelque sorte.

Deuxièmement, on a remarqué que la peur ne mobilise que sur une courte période, car ce n'est qu'un état d'urgence.

Par contre, un ton positif, sans jugement de valeur va permettre, s'il est bien construit, de court-circuiter le cortex pour toucher directement le cerveau limbique et par la même occasion s'attaquer aux attitudes profondément ancrées.

L'utilisation de l'humour procède du même phénomène. Mais attention, l'humour est très souvent lié à un environnement culturel bien précis. Ce qui signifie que l'humour que vous trouvez extraordinaire va peut-être faire grincer des dents le public auquel vous vous adressez. Un Français n'appréciera généralement pas l'humour anglais et vice-versa. La connaissance du public-cible est donc primordiale.

**Philippe Mouchet**, Question Santé ■

## ■ Efficaces, les médias?

### Synthèse et critique d'une session d'exposés

Ce fut un plaisir pour moi de commenter les présentations d'une session consacrée à l'efficacité de l'utilisation des mass media en éducation pour la santé. Un plaisir, parce que la qualité des exposés ainsi que la variété des sujets rendaient aisée ma tâche d'introduire la discussion. Jugez-en vous-même...

Christiane Dressen et François Alias du Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES) nous ont présenté le type d'enquête réalisé par le CFES avant, pendant et après les campagnes médiatiques. Ce nouveau plan d'enquête vise à mieux préparer la campagne, tester les messages sur le fond et la forme, contrôler l'audience en cours de campagne et évaluer celle-ci à son terme. Donc, une démarche rigoureuse, alliant des techniques qualitatives et quantitatives, assure une efficacité maximale des campagnes mais dans le respect de certaines conditions.

### Chères campagnes

En effet, les exemples présentés tant par C. Dressen que par D. Reid (Health Education Authority, England) soulignent clairement que les campagnes ne peuvent être efficaces qu'à certaine dose (c'est-à-dire avec un nombre suffisant de passages TV ou d'affiches bien situées) et accompagnées d'autres méthodes plus personnalisées. Ces recommandations sont intéressantes mais posent un gros problème. En effet, l'estimation faite par D. Reid du coût annuel d'une campagne médiatique bien menée s'élève à 12 millions de livres sterling soit 720 millions de francs belges (pour £1 = 60 francs). Le coût d'une telle campagne est approximativement le même dans les pays occidentaux comme l'Allemagne, le Luxembourg ou la Belgique. Le travail scientifique d'enquête, la réalisation graphique ou cinématographique sont semblables, que le produit soit diffusé à 4 millions ou 40 millions

de personnes. Il n'est pas réaliste de penser que des petits pays ou des pays nouveaux de l'est de l'Europe puissent s'offrir des campagnes médiatiques comme le proposent les représentants de la France ou de l'Angleterre.

En Communauté française de Belgique, il faudrait économiser 6 ans le budget entier de l'éducation pour la santé pour se permettre une telle campagne une seule fois pendant un an. Impensable... et pourtant, ces auteurs nous ont démontré l'efficacité des campagnes et nous en ont expliqué certains mécanismes.

Les premières questions que j'ai proposées à la réflexion des participants étaient alors: "y a-t-il seulement certains pays qui peuvent s'offrir le luxe de bénéficier de l'apport d'une campagne médiatique de qualité en promotion de la santé?" et encore: "est-il possible de réduire les coûts d'une telle campagne? Si oui, où peuvent se faire les économies?". Pouvons-nous en effet utiliser les médias, la TV en particulier, comme une épice rare et chère qui relève un plat très particulier réservé aux occasions spéciales? Si oui, comment pouvons-nous reconnaître ces occasions où il est pertinent et pratiquement obligatoire d'utiliser un média coûteux?

A ces questions, D. Reid a répondu laconiquement qu'il était sensible à cet aspect des choses, qu'il n'était pas vraiment possible de diminuer les coûts et qu'il n'avait pas de solution à proposer pour ce problème. Je pense que nous sommes vraiment devant une santé publique à deux vitesses, au sein même des pays riches. Que dire alors de ceux qui ne sont pas dans le clan des bien nantis?

Une solution possible pour diminuer les coûts pourrait résider dans le lobby international, pour influencer les propriétaires publics et privés des chaînes télévisées afin qu'ils libèrent gratuitement du temps d'antenne, à des moments de grande écoute, pour la promotion de la santé. Belle utopie m'ont répondu les intervenants.

### Informations partagées

Il nous reste toutefois d'autres possibilités de nous organiser au niveau européen. C'est ainsi que F. Alias (CFES) propose la création d'une banque de données internationales concernant les comportements, connaissances, attitudes et aptitudes des populations. Cette base scientifique serait utilisée pour toute campagne ou intervention réalisée au niveau européen. Il s'agirait moins de conduire de nouvelles études que de centraliser les informations provenant d'enquêtes souvent déjà existantes, conduites à intervalles réguliers selon un protocole standardisé dans des échantillons représentatifs.

C'est une idée intéressante qui laisse en suspens les problèmes suivants. Certains protocoles standardisés ne débouchent pas sur des enquêtes répétées (exemple: le questionnaire Ponpidou). D'autres études respectent les propositions de F. Alias, par exemple, l'étude MONICA, CINDI ou encore l'étude de l'OMS-Europe sur les comportements de santé des jeunes. Les résultats de ces enquêtes sont disponibles et accessibles. Et pourtant, ils sont trop peu utilisés. Leurs implications pour la promotion de la santé ne font que rarement l'objet d'un large débat. En réponse à la question de savoir comment F. Alias compte faire le lien entre action et recherche et assurer l'utilisation des données rassemblées dans une banque européenne, F. Alias a déclaré ne pas percevoir encore clairement les implications pratiques de sa proposition. Peut-être F. Alias peut-il développer sa proposition au sein d'un groupe de travail international, rattaché au Bureau européen de l'Union Internationale de Promotion et d'Éducation Santé (voir autre article dans ce journal)?

Une autre possibilité d'utiliser les médias est de développer dans nos pays les activités de l'Association BÜGA ÜP (Billboard Utilising Graffitiists Against Unhealthy Promotions) qui détourne les publicités anti-santé et

il n'y a pas un coupable et une victime, il y a un phénomène qui se crée et dont personne n'a pu déceler à temps les prémisses, faute d'attention et surtout faute de formation psychologique.

Un acte de violence, des paroles agressives, l'absentéisme répété sont

des appels à une reconnaissance. Certains enfants n'ont trouvé que la voie de la marginalité pour exprimer leur détresse.

A nous, éducateurs, de transformer la relation symétrique où professeur et élèves sont des adversaires en rela-

tion complémentaire où les protagonistes deviennent partenaires engagés ensemble dans un processus de croissance et d'épanouissement mutuels.

Catherine Spiece

### Mon école contre le stress

Programme d'éducation à la santé mentale proposé par le secteur Éducation à la Santé des Femmes Prévoyantes Socialistes

#### Objectif global

Dans une perspective préventive, éduquer à la santé mentale à l'école doit permettre le décodage de l'agressivité, de la violence en les replaçant dans leur contexte à la fois individuel, social et institutionnel.

#### Objectifs spécifiques

- \* Provoquer la communication dans la classe.
- \* Sensibiliser les élèves aux problèmes liés au stress dans sa dimension individuelle mais aussi collective.
- \* Proposer une alternative à la décharge anarchique des tensions par l'apprentissage de techniques de détente.
- \* Susciter les initiatives originales en stimulant la réalisation de projets de classe "anti-stress".
- \* Favoriser la communication inter-écoles par l'édition d'un "journal" relayant les différentes expériences.

#### Objectifs opérationnels

A l'issue de la formation, les élèves seront capables:

- \* d'identifier leurs propres facteurs de stress;
- \* d'identifier les facteurs de stress dans la classe;
- \* de pratiquer la relaxation.

En outre, ils auront eu la possibilité de s'intégrer dans une dynamique participative en s'impliquant dans un projet collectif anti-stress au sein de leur école.

#### Evaluation

Sur base de questionnaires avant-après, nous évaluerons les changements obtenus tant au niveau des individus qu'à celui du groupe-classe.

#### Objectif à 2 ans

L'évaluation de l'expérience servira de base à la création d'outils pédagogiques pertinents, sorte de "valise anti-stress" à utiliser dans les classes. On trouverait dans cette "valise":

- un livret pédagogique pour l'enseignant;
- un carnet d'exercices pour l'élève;
- des références bibliographiques mais aussi audio-visuelles;
- des exercices de relaxation.

Dans ce deuxième temps, notre rôle se réduira à former le personnel enseignant à l'utilisation du matériel pédagogique et à les superviser lors de l'application du programme.

#### Partenariat dans l'école

Afin de garantir le succès de l'opération, il est nécessaire que la démarche d'adhésion au projet soit libre et volontaire, à la fois dans le chef de la direction de l'établissement et dans celui des professeurs-relais concernés.

Si nous parvenons de surcroît à intéresser le personnel P.M.S., nous nous offrons la possibilité d'obtenir un suivi éventuel de l'action.

#### Ressources

Nous disposons d'un potentiel d'animateurs et d'animatrices disposés à assurer une centaine d'animations en Communauté française, dans l'enseignement secondaire inférieur technique et professionnel, ce qui représente un potentiel d'environ 2000 élèves.

#### Programme en 4 temps

##### Contact avec l'enseignant

- Présentation du module et des objectifs.
- Explication sur la méthodologie et clarification du rôle d'accompagnateur de l'enseignant.
- Signature d'une "charte" d'adhésion et d'engagement.

##### 1ère séance en classe

- Présentation de la campagne et de ses objectifs.
- Pré-test individuel.
- Information sur le stress par une pédagogie active basée sur le vécu.
- Explication sur les tâches à réaliser:
- journal du stress individuel;
- journal du stress dans la classe;
- enquête dans l'école.
- Présentation de la relaxation (Pour qui? Pourquoi? Dans quelles conditions?) et remise de la cassette d'entraînement.

##### 2ème séance en classe (15 jours plus tard)

- Feed-back du journal du stress.
- Feed-back des différents éléments collectés par la classe.
- Que pouvons-nous faire? —> choix d'un projet à mener collectivement pendant 2 mois.
- Relaxation et discussion sur les difficultés éventuelles.

##### 3ème séance (2 mois plus tard)

- Évaluation individuelle (enseignant et élève) et collective.
- Perspectives pour l'avenir.

Si cette démarche vous intéresse, si vous souhaitez de plus amples renseignements, si vous désirez installer un module "Mon école contre le stress" dans votre établissement scolaire, vous pouvez contacter le secteur Éducation pour la Santé des Femmes Prévoyantes Socialistes (02/515.04.03 ou 515.04.06).

## Mon école contre le stress

L'éducation à la santé s'applique à la **santé globale**, cet état d'équilibre dynamique en évolution constante qui tend à harmoniser le patrimoine héréditaire de l'individu et ses capacités d'adaptation à la multitude d'agressions venant de l'extérieur.

### Santé mentale

Nos connaissances en santé mentale proviennent en grande partie de l'étude et du traitement des troubles mentaux. Comme on définissait la santé par l'absence de maladie, on a défini la santé mentale par l'absence de troubles mentaux.

Si on tente de définir la santé mentale par des indicateurs positifs, nous faisons intervenir nos critères subjectifs d'évaluation, eux-mêmes marqués par notre environnement socio-économique, nos expériences antérieures.

L'O.M.S., dans sa définition de la santé, la considère comme un état de bien-être physique, mental et social. Nous ne pouvons donc séparer santé mentale et physique; elles sont liées. Si on parvient à renforcer notre corps par un comportement adéquat, notre esprit en bénéficiera. Si l'on adopte une attitude mentale positive par rapport aux stress de la vie, nous protégeons notre organisme.

L'éducation à la santé mentale vise à accroître les possibilités d'adaptation de l'individu à son environnement, en réduisant les tensions et en créant ou améliorant ses sources de soutien.

Donner les moyens de la santé mentale (adaptation positive à la vie), c'est permettre d'éviter la maladie mentale (adaptation négative à la vie).

### Santé mentale des adolescents

Les approches traditionnelles en santé mentale sont dirigées vers les comportements qui dérangent ou les facteurs de risque (cf. moyens énormes mis en jeu dans la lutte contre le sida, les toxicomanies). Notre politique de santé s'occupe principalement des déviances qui accaparent l'attention

et les moyens. A l'adolescence, on se trouve confronté à la violence, l'agressivité, le fait d'être mal dans sa peau.

Nous devons nous intéresser à l'adolescent, non parce qu'il fugue, qu'il se drogue, qu'il commet des actes délictueux mais parce qu'on se soucie de lui comme d'un être vivant, en évolution, en changement, avec ses intérêts, ses conflits, ses désirs et ses peurs.

**Promouvoir la santé de l'adolescent, c'est avant tout reconnaître les crises qu'il vit comme autant de signes de santé, tentatives d'adaptation dans un processus de croissance.**

La pré-adolescence, époque marquée par le développement extraordinairement rapide sur les plans physique, psychique, affectif, intellectuel et social se caractérise par une augmentation des tensions: bouleversements liés à la puberté, remise en question de l'image de soi et de sa relation aux autres, quête du sens de sa propre vie avec à la fois et de manière contradictoire le désir et la peur de l'autonomie.

Ce remaniement inévitable et douloureux des relations interpersonnelles entraîne un manque de confiance en soi

### Pourquoi l'enseignement technique et professionnel ?

"Si le chemin ne mène à rien, il n'y a pas d'apprentissage possible" (Thorn-dike, 1930).

Les jeunes en enseignement technique et professionnel ont derrière eux un cursus scolaire semé d'échecs, de déceptions, d'étiquettes qui les suivent (ou les précédent!) d'année en année, de professeur en professeur et même parfois d'école en école.

Nous savons (Bourdieu P. et Passeron J.C.) que le savoir se diffuse toujours sous une forme qui sélectionne ceux qu'il va faire réussir.

Plus l'élève est en situation d'échec et moins il peut se projeter dans l'avenir. Il rejette son passé (comme il est négatif) et s'installe dans la passivité (à quoi bon ?)



Les difficultés intellectuelles proviennent du sentiment d'être mal compris, de ne pas être reconnu comme individualité. Le jeune s'autodéprécie (l'entourage familial et scolaire ne lui rappelle-t-il pas en permanence ses échecs, ses manques?) et le danger est grand alors de fuir vers les comportements-santé à risque (alcool, drogue, médicaments), comportements-refuge destinés à apporter une satisfaction immédiate à ce mal-être de l'adolescent.

Le risque est d'autant plus grand que le jeune est démuné pour résister aux influences négatives des pairs, que ses possibilités de communication avec autrui (ami(e), parent(e)) sont limitées et que ses perspectives d'avenir sont incertaines. Ces différents facteurs de risque interagissent entre eux: moins un jeune est intégré dans sa famille et à l'école, plus il cumule les risques pour sa santé physique et psychique (cf. enquête PROMES - Les comportements de santé des jeunes en Communauté française de Belgique - septembre 1992).

### Les adolescents et l'école

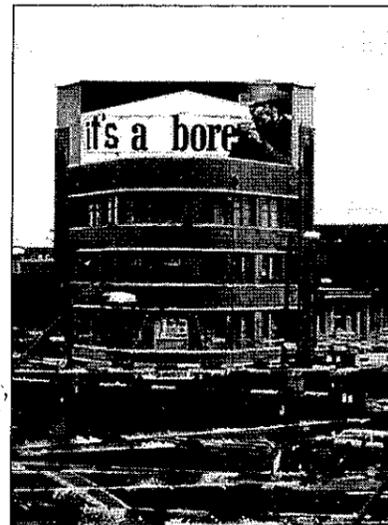
Les échecs successifs des jeunes ont altéré l'image et la confiance qu'ils pouvaient avoir en eux-mêmes. Ces frustrations répétées peuvent se trouver renforcées par des problèmes affectifs, familiaux ou sociaux.

L'être humain est ainsi fait qu'il tentera toujours de compenser un sentiment d'infériorité, de déconsidération de sa personne sous forme d'évitement (rêverie en classe, absentéisme mais aussi fuite du réel - drogue - ou repli sur soi pouvant aller jusqu'au suicide) ou d'agressivité (opposition, refus d'obéissance, insolence, dégradations, vandalisme).

Il est donc fondamental de replacer les comportements violents dans leur contexte individuel, social mais aussi institutionnel.

Les élèves ne sont ni méchants, ni gentils - ces qualificatifs n'ont aucun sens.

les rend ridicules. Ce "taggage" organisé ne coûte pas très cher, juste le prix de la peinture et de l'organisation juridique qui protège les membres de BUGA IIP pris en flagrant délit.



L'illustration ci-dessus vous montre ce qu'il est advenu d'une publicité Marlboro. On pourrait voir en Belgique un "F" rajouté systématiquement au label Belga...

### Science des signes

D'autres exposés traitaient de la théorie relative au contenu et à la forme des messages. C'est ainsi que C. Bronswijk (Université d'Utrecht) a démontré que le fait d'utiliser des personnalités est une technique utile pour augmenter l'efficacité des médias parce qu'elle améliore l'intégration des messages de la part de la population. La participation des vedettes est d'autant plus intéressante qu'elle peut être bénéfique, ce qui soulage les coûts évoqués plus hauts. J'ai parlé de l'expérience de la Communauté française, quand Philippe de Dieuleveut, un des organisateurs du rallye Paris-Dakar, avait soutenu une campagne anti-tabac de la FARES avant de disparaître dans une aventure africaine risquée et mal préparée. Malgré lui, il a donc lancé deux messages: un message de prévention et un message anti-santé...

L'utilisation de personnalités pose un risque. A moins, suggère C. Bronswijk, qu'on ne fasse signer un contrat

à la vedette afin qu'elle s'engage à présenter une image positive pendant un temps déterminé. Cela semble difficile. Peut-être faut-il accepter de courir un risque, inhérent, de contre-productivité ou préférer les personnages imaginaires (comme Archibald le magicien)...

P. Aarva (Finlande) nous a aussi expliqué et illustré le processus sémiotique à l'oeuvre dans l'intégration des messages des affiches. Les théories sémiotiques sont basées sur une conception structuraliste de la culture qui comprend la culture comme un ensemble de règles de langages se rapportant aux signes et aux significations. Cette application d'une théorie linguistique aux messages d'éducation santé nous permet d'entrevoir des développements nouveaux à l'utilisation des médias: nous pourrions développer des messages et illustrations plus efficaces, reposant sur les connaissances théoriques les plus évoluées. Mais de nouveau, il reste une condition essentielle: celle de maîtriser les messages implicites et explicites véhiculés par nos campagnes. Et à cet égard, il nous reste encore beaucoup de chemin à parcourir. Pour illustrer ce propos, j'ai montré l'image que vous voyez ci-dessous où le Comité Anglais d'Education pour la Santé a représenté des couples d'origines diverses sur la couverture d'une brochure afin de ne pas

exclure, par racisme, les populations immigrées de leur public cible (message explicite). Pourtant, malgré leur effort, les illustrations restent "racistes" car il n'y a aucun couple de race mixte. Qu'il est donc difficile de bien faire....

C. Bronswijk nous a donc montré que l'identification du public regardant ou voyant une campagne à celui (ou celle) adoptant un comportement sain est une étape du processus d'intégration des messages. Le décodage sémiotique des messages, tel que nous l'a présenté P. Aarva suppose un partage de la culture de base entre les producteurs des messages et le public qui reçoit la campagne. Nous sommes d'accord. Mais qu'en est-il de ceux qui, dans nos sociétés, nous offrent la richesse d'une culture minoritaire, non représentée dans nos campagnes? Ou encore, de ceux qui sont originaires du quart-monde et se reconnaissent difficilement dans les préoccupations et images présentées sur nos écrans et affiches? Les réponses des 2 auteurs sont navrantes, ou réalistes, selon le point de vue: oui, nous véhiculons des messages et images s'adressant à la classe moyenne et non aux groupes minoritaires ou marginaux. C'est un fait. Et c'est bien ainsi qu'il faut faire si l'on veut être efficace: agir sur la majorité susceptible d'adopter des comportements sains à moindre coût. Toucher



les autres par les médias est trop coûteux puisqu'ils ne représentent qu'une minorité. Je suis prête à accepter cette réponse si on me garantit que d'autres méthodes, mieux adaptées à la problématique des groupes minoritaires, seront utilisées: on ne peut par nos actions, et ceci pour une raison éthique évidente, accepter d'augmenter les inégalités de santé entre les différents groupes sociaux.

Je ne pensais pas devoir écrire un article sur cette session et je n'ai donc pas pris de note concernant le débat qui a suivi. Je vois maintenant que c'est bien dommage car les questions de la salle ont montré l'intérêt des participants pour les exposés et la richesse d'un partage au-

**Mouvement d'humeur....**

G. Kok, professeur d'éducation pour la santé de l'Université du Limbourg à Maastricht nous a donné un bel exposé concernant l'évaluation des mass media en promotion de la santé. La structure d'une partie de l'exposé et plus particulièrement des expressions américaines (comme "power booster for quasi-experimental design") m'ont laissé une impression de déjà vu. En rentrant, j'ai

compris. Certaines des diapos de Kok étaient, (par hasard?), des extraits du sommaire du livre de Green sur l'évaluation. Mais pas de références au "maître". Facile non?

Pour ceux que cela intéresse: GREEN L. & LEWIS F.M. Measurement and evaluation in health education and health promotion. Palo Alto: Mayfield Publishing Cy 1986 (ISBN 0-87484-481-0). D.P.

tour de questions fondamentales: quand on fait de l'éducation pour la santé en utilisant les médias, quels mécanismes met-on en jeu? Com-

ment être plus efficace et... le savoir? **Danielle Piette**, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles ■

**Vers une éducation pour la santé "high tech"?**

Un siècle et demi sépare les premières photos de Nicéphore Niepce en 1826 ou le premier télégraphe de Samuel Morse en 1837 et le compact disc interactif d'aujourd'hui (voir encadré). On est passé d'une reproduction statique d'une image noir et blanc ou de la transmission à distance de messages codés à la reproduc-

tion animée d'images réelles ou virtuelles numériques combinées à un son digital avec une interactivité parfaite.

Les vingt dernières années ont vu une véritable course aux nouvelles technologies qui ont complètement bouleversé notre mode de vie et de travail.

Les analphabètes de demain ne seront plus les personnes ne sachant ni lire ni écrire mais celles qui ne maîtriseront pas, un tant soit peu, les nouvelles technologies de la télématique, nouvelle science née du mariage de l'informatique et des télécommunications.

**Petit historique des médias**

**La téléphonie et la radiodiffusion**

- 1837: Samuel Morse invente le télégraphe.
- 1876: Graham Bell réussit la première transmission téléphonique.
- 1896: Guglielmo Marconi découvre la Télégraphie Sans Fil (TSF).
- 1922: premier poste de TSF privé français: Radiola.
- 1930: la TSF s'appelle désormais la "radio".

**L'enregistrement du son**

- 1877: Charles Cros invente le cylindre: "procédé d'enregistrement et de reproduction des phénomènes perçus par l'ouïe".

- 1900-1910: apparition du "pick-up" et des premiers disques 78 tours.
- 1945: apparition du magnétophone à bande et du microsillon (33 tours).
- 1978: apparition du disque laser audio-numérique (CD Audio).

**L'enregistrement et la diffusion d'images animées**

- 1826: premières photos de Niepce.
- 1895: première séance publique de cinéma.
- 1900: première apparition du mot "télévision".
- 1925: début du cinéma sonore.

- 1928: premières images TV par voie hertzienne à Londres (28 lignes).
- 1934: invention du tube cathodique.
- 1960: apparition du premier magnétoscope.
- 1967: télévision couleur en France.
- 1975: apparition des ordinateurs domestiques.
- 1978: apparition du vidéodisque au laser.
- 1986: caméscopes (caméra vidéo avec magnétoscope intégré).
- 1987: premiers développements expérimentaux du Réseau Numérique à Intégration de Service (RNIS).
- 1988: premières images en Haute Définition (D2 Mac).

**Alcool et santé en entreprise**

Dans le cadre de la Présidence belge des Communautés européennes, deux Journées internationales sur le thème de l'alcool en milieu de travail se tiendront à Huy les vendredi 24 et samedi 25 septembre 1993.

Les organisateurs sont multiples: l'Association des Licenciés en Sciences Sanitaires de l'Université de Liège; le Comité de Concertation sur l'Alcool et les autres Drogues; Huy Ville-Santé; le projet "Liège Santé de l'O.M.S.; le Service d'Hygiène et de Médecine Sociale de la Province de Liège; l'Université de Liège.

L'originalité des Journées résidera dans le fait que les thèmes exposés seront essentiellement basés sur des expériences pratiques menées dans les entreprises de Belgique et dans d'autres pays d'Europe.

L'idée est de se servir de ces expériences pour étendre les sources d'information, de réflexion et de réaction afin de rechercher et de développer dans l'entreprise une nouvelle attitude générale et particulière à l'égard de l'alcool.

Les thèmes de discussion aborderont notamment les aspects suivants:

- Comment gérer le risque pour la santé et la sécurité dans l'entreprise?
- Faut-il aborder, prévenir, traiter le problème seul ou dans un cadre plus large de promotion de la santé et de la sécurité?
- Y a-t-il une place pour les boissons sans alcool sur le lieu du travail? Faut-il interdire toute boisson alcoolisée purement et simplement? Interdire, n'est-ce pas déplacer le problème vers l'extérieur?
- Coût social de la consommation d'alcool et productivité.

- Milieu du travail et groupes à risques.
- Stratégies existantes et résultats obtenus.
- Association alcool/psychotropes.
- Place et rôle du dépistage systématique de l'alcool sur le lieu du travail.

Le secrétariat de cette manifestation sera assuré par le Service Education pour la Santé A.S.B.L., Maison de la Santé, chaussée de Waremme 139, 4500 Huy, tél. 085/21.25.76, fax 085/21.19.77.

Voici le programme des interventions durant les deux journées:

**Vendredi 24 septembre 1993**

**Des réalités aux méthodes d'intervention**

**Session du matin**

- \* Alcool et autres psychotropes, Prof. A. Noirfalise, Belgique
- \* Evolution de la stratégie de prévention dans une entreprise de 3000 salariés, Dr C. Ouvrard, France
- \* P.T.T. et Fédérations des Coopératives Migros: modèle suisse de mise en place d'une politique "alcool et entreprise", M. Graff, Suisse
- \* Situation en Communauté française et proposition de stratégies, L. Bils et M. Bauwens, Belgique
- \* Consommation et abus d'alcool en milieu de travail. La situation au Portugal, P. Vitoria, Portugal

**Session de l'après-midi**

- \* Prévention de la consommation abusive ou inadéquate d'alcool en lien avec le travail. Expérience de la Province de Brabant, M. Lallemand et N. Gabet, Belgique

- \* Présentation d'un support de prévention en entreprise, J. Rigneault, France
- \* 25 ans de prévention de la maladie alcoolique en milieu professionnel, C. Nicaise, Belgique
- \* Position des syndicats face à la consommation d'alcool en entreprise, C. Sonda, Belgique
- \* La gestion des problèmes d'alcool et autres drogues dans les entreprises en Flandre: état de la situation, C. Lambrechts, Belgique
- \* Expérience d'un groupe de travail inter-usines et sa place dans l'approche communautaire, E. Servais, Belgique
- \* Initiation d'une démarche d'approche du problème alcoolisme en usine, A. Vandy, Belgique

**Samedi 25 septembre 1993**

**La prise en charge et la réinsertion professionnelle**

- \* Politiques européennes dans un contexte global, M. Grant, OMS Suisse
- \* Pour un appariement (matching) thérapeutique optimal, J.P. Roussaux, Belgique
- \* Indications, modalités et résultats d'une cure de désintoxication alcoolique intra-hospitalière: expérience de l'I.P.P.L. de Liernux, B. Dor, F. Lavenne et G. Pigeon, Belgique
- \* L'alcoolique, l'hôpital de jour et sa famille, N. Franck, Belgique
- \* Prise en charge des travailleurs confrontés à une consommation inadéquate ou abusive d'alcool. Expérience de la Province du Brabant, I. Tanion et J. Van Vyve, Belgique. ■

**Concours**

Le CFES (Comité Français d'Education pour la Santé), le GREPS (Groupe de Recherche en Education pour la Santé), la Fondation Mérieux, l'ADES (Association Départementale d'éducation pour la santé du Rhône) et le REFIPS (Réseau francophone international pour la promotion de la santé)

organisent le 9ème Grand Prix Francophone d'éducation pour la santé, qui récompensera une expérience originale d'éducation pour la santé. Ce concours est doté de deux prix d'une valeur de 20.000 et 10.000 FF. La date limite de dépôt des candidatures et des travaux est le 22 avril

1994. Vous avez donc encore largement le temps de peaufiner votre participation!

Les dossiers de candidature sont à demander au Secrétariat du GREPS, ADES du Rhône, 71 Quai Jules Courmont, 69002 Lyon. Tél.: (00.33) 78.37.65.68. ■

## ■ Une grande première: les secteurs de la santé et de l'éducation enfin réunis!

A l'initiative de l'ICAN et de la Croix-Rouge, un groupe de concertation pour la promotion de l'éducation nutritionnelle à l'école a été mis en place le 16 juin 1993.

Les deux services agréés, unissant leurs efforts, ont pu réunir les représentants des administrations de la santé et de l'enseignement communautaire, ainsi que ceux des pouvoirs organisateurs des différents réseaux d'enseignement.

Les ministres Onkelinx pour la santé et Di Rupo pour l'éducation étaient également représentés.

### Pourquoi ce groupe?

L'analyse de la situation de l'éducation nutritionnelle à l'école entraîne les constatations suivantes:

**Dans beaucoup d'écoles, la situation est préoccupante:**

- souvent, l'école assume de manière insuffisante sa mission éducative en matière d'éducation nutritionnelle;
- le système d'approvisionnement (distributeurs de boissons, restauration scolaire,...) est parfois en contradiction avec les règles élémentaires d'une alimentation équilibrée;
- l'hygiène relative à l'alimentation est, dans son ensemble, à améliorer;
- trop souvent, les parents sont peu, voire pas du tout, informés sur le contexte de l'alimentation à l'école.

**De plus en plus d'écoles développent des projets centrés sur l'alimentation**

Parmi ceux-ci, il en est d'excellents qui relèvent de l'initiative des communautés éducatives elles-mêmes (écoles, associations de parents d'élèves, IMS, PMS) ou de celle d'associations et d'organismes extrêmement diversifiés.

Dans le cadre de ces projets sont en effet prévus l'analyse de la situation existante, l'adéquation d'activités à cette situation en vue de l'améliorer, de même que l'évaluation.

Il est important de noter que, malgré les difficultés rencontrées pour leur mise en oeuvre, de tels projets présentent une richesse et une diversité qu'il convient de préserver et d'encourager.

Un certain nombre de ces projets souffrent cependant d'un manque de suivi:

- souvent ponctuels, ils ne peuvent malheureusement prétendre maintenir à long terme des résultats positifs;
- de plus, ces projets présentent parfois des carences spécifiques telles que: insuffisance d'analyse causale, imprécision des objectifs poursuivis, manque de pertinence des statistiques mises en oeuvre, absence ou insuffisance d'évaluation;

Leur réussite, malgré une réelle bonne volonté de leurs promoteurs, est inégale et dépend de nombreux facteurs (contexte institutionnel, participation de la communauté éducative, normes et circuit de distribution) sur lesquels les promoteurs n'ont d'ailleurs bien souvent que peu d'emprise.

Face à cette situation, un autre constat s'impose: l'entrée anarchique à l'école d'initiatives multiples entraîne fréquemment des télescopages ainsi qu'un manque d'harmonisation voire une réelle incohérence au niveau des actions.

**Concernant les aspects diététiques et pédagogiques, la formation du personnel (enseignant, éducateur, économiste, personnel de cuisine, personnel IMS, PMS,...) est dans bien des cas insuffisante.**

**Actuellement, il n'existe pas en Communauté française de programme, ni de directives pour l'éducation nutritionnelle à l'école.** Cela empêche notamment la continuité des actions menées et la progression des apprentissages des élèves.

Suite à ces constatations, l'ICAN et le service d'éducation pour la santé de la Croix-Rouge ont jugé indispensable de créer un groupe de concertation.

### Avec quels objectifs?

Les objectifs que s'est fixés le groupe de concertation sont les suivants:

- promouvoir une éducation nutritionnelle de qualité;
- susciter la prise de conscience à tous les niveaux du rôle éducatif que l'école doit assurer dans le domaine de l'alimentation;

- favoriser des collaborations en vue de sauvegarder la cohérence des actions menées.

### Quelles seront les tâches de ce groupe de concertation?

- analyser les différents problèmes de façon approfondie;
- définir des priorités dans les actions à mener;
- formuler des recommandations destinées aux décideurs et intervenants;
- proposer des pistes d'actions précises.

### Fonctionnement du groupe

Il devra être permanent et définira des orientations précises. Ultérieurement, des sous-groupes seront constitués pour aborder des thèmes plus spécifiques. Ceux-ci s'ouvriront à différentes personnes en fonction de leurs compétences.

### Bilan de la première réunion

Sans doute un peu protocolaire, la réunion du 16 juin a permis aux deux organismes agréés de se présenter en se situant dans le cadre de la structure en éducation pour la santé mise en place par l'arrêté du 8 novembre 1988. Elle a surtout permis aux deux secteurs de se rencontrer sur un thème précis auquel toutes les personnes présentes étaient sensibles.

Malgré quelques divergences exprimées par les participants, une volonté de collaborer s'est rapidement dessinée. Le groupe veut oeuvrer dans le sens d'une meilleure collaboration entre les différents partenaires. Il souhaite aussi assurer une coordination plus efficace des actions et programmes.

A l'unanimité, le groupe a souhaité donner la priorité à une réflexion sur la formation des enseignants et des agents IMS et PMS.

Dès septembre, des sous-groupes de travail seront mis en place afin de répondre au vœu de l'assemblée qui est de travailler efficacement pour pouvoir soumettre les résultats des travaux au ministre de l'éducation afin qu'ils puissent être rapidement concrétisés de manière officielle.

**L'ICAN et le Service Education pour la Santé de la Croix-Rouge. ■**

## Nomenclature des médias

On a coutume de diviser les médias en trois familles selon le critère de "mise à disposition du public": les médias autonomes, les médias de télédiffusion et les médias de télécommunication.

La première famille est celle des médias autonomes. Elle est composée des médias dont les contenus ne sont pas séparables des contenants, les signaux étant "gravés" sur les supports.

Nous y trouvons par exemple, les livres, les journaux, les cassettes audio, les vidéocassettes, les vidéodisques, les films,... Certains, comme les livres et les journaux ne demandent pas d'équipement de lecture, alors que les autres requièrent un "lecteur" tels qu'un magnétoscope, un projecteur de film, un lecteur de compact disc,...

La seconde famille, celle des médias de télédiffusion propose des programmes ou des services accessibles uniquement aux personnes raccordées à un réseau de télédiffusion par réseau hertzien, câble ou satellite direct.

Les abonnés au réseau reçoivent des programmes allant des programmes de radiotélévision conventionnelle ou à payage au télétexte en passant par le vidéotex. L'interactivité est possible avec les réseaux câblés, mais elle est relativement faible. Elle se limite généralement à un vote, une consultation à distance ou une mesure de l'audience (Audimat).

La dernière famille, celle des médias de télécommunication, est composée des médias dits "interactifs" c'est-à-dire que le volume des échanges - paroles, textes, graphiques, images fixes ou animées - est le même dans les deux sens.

Les interlocuteurs jouent simultanément le rôle d'émetteur et de récepteur de messages.

Le Réseau téléphonique Numérique à Intégration de Service (RNIS), avec sa structure en étoile, sa numérisation de tous les signaux et l'utilisation d'un câblage en fibre optique en est un bel exemple.

## Médias chauds et médias froids

Le Canadien Marshall Mc Luhan distingue, quant à lui, les médias chauds des médias froids.

*"Un médium est chaud lorsqu'il prolonge un seul des sens et lui donne une «haute définition»<sup>(1)</sup>, c'est-à-dire qu'il porte une grande quantité de données.*

*Les médias chauds [...] ne laissent à leur public que peu de blancs à remplir ou à compléter. [Ils] découragent la participation ou l'achèvement alors que les médias froids, au contraire, les favorisent. Il va donc de soi qu'un médium chaud comme la radio a sur celui qui s'en sert des effets très différents de ceux d'un médium froid comme le téléphone".<sup>(2)</sup>*

## Les médias électroniques

Avec l'arrivée des nouveaux médias dits "électroniques" le terme même de "média" devient assez ambigu. En effet, en informatique, le média est un support (ex: CD-ROM) ainsi que le signal composé de son, d'image et de texte, alors qu'en communication, le média est un "moyen de communication et de diffusion d'informations" (Larousse).

Dans son livre "Les médias électroniques" <sup>(3)</sup>, Daniel Kaplan les définit comme "l'ensemble des moyens de communication destinés à mettre en relation un individu avec une organisation ou un autre individu dans le but de diffuser ou d'échanger des messages, utilisables à travers un terminal et exploitant les ressources de l'informatique et des télécommunications".

Les médias électroniques sont basés sur trois notions essentielles qui leur confèrent toute leur originalité: l'interactivité, la personnalisation et le service.

L'interactivité permet aux utilisateurs de choisir eux-mêmes leur démarche d'utilisation, de dialoguer avec le système, d'intervenir sur le contenu des services, de créer des échanges avec d'autres utilisateurs (messageries en temps réel ou en temps différé).

Du point de vue du prestataire de service, l'interactivité permet de proposer et non d'imposer les contenus du système. Il peut en outre établir des statistiques très précises globales ou individuelles d'utilisation.

La personnalisation permet à l'utilisateur de définir une fois pour toute un processus personnel d'utilisation et lui confère une sécurité d'accès faite de codes, de mots de passe ou de cartes d'accès.

Le service induit que le producteur de ce système n'est plus uniquement un fournisseur d'informations brutes, mais bien un fournisseur de services qui offre, en plus des informations, une mise en forme et une gestion personnalisée.

Quelques exemples de médias électroniques<sup>(4)</sup>

- Le vidéotex: télématique de "masse" basée sur un terminal interactif à écran tel que le Minitel en France.
- Les services vocaux téléphoniques, appelés également "audiotex" ou "télématique vocale" sont des services interactifs ou non, accessibles par téléphone, où l'utilisateur interagit avec un serveur par l'intermédiaire de la voie ou du clavier du téléphone.
- Les bornes interactives: systèmes interactifs en accès public, permettant d'établir un dialogue simple (ex. bornes interactives dans les Fnac pour le choix des disques compacts).
- Les systèmes "multimedia" manipulant simultanément du texte, des données, des sons et des images fixes ou animées. Ex. Enseignement Assisté par Ordinateur (EAO).
- Les machines multimédias "grand public" exploitant la technologie des disques optiques: ex. CD-Interactif
- La télévision interactive proposant des applications multimédias et interactives aux abonnés des réseaux câblés.
- La Réalité Virtuelle qui n'est pas encore très répandue en Europe, mais

(1) in "Pour comprendre les médias" de Marshall Mc Luhan - Seuil Coll. Points - 1977 - p.41.

(2) ibidem - p.42.

(3) "Les médias électroniques" Daniel Kaplan - Editions Dunod - Paris 1993 - p.20

(4) ibidem - p.23 - 24.

dont le phénomène ne peut plus être ignoré, tant ses applications sont nombreuses (voir encadré).

### La Réalité Virtuelle

Expérimentée depuis 1985, par des génies allumés de l'informatique, tel que l'Américain Jaron Lanier, la VR (Virtual Reality), telle qu'on l'appelle de l'autre côté de l'Atlantique, est un monde fictif généré par ordinateur, dans lequel l'utilisateur se plonge et se meut par l'intermédiaire de son corps qu'il utilise comme un "terminal" d'entrée et de perception.

"L'utilisateur est par exemple équipé d'une lunette de visualisation panoramique et stéréoscopique (vision en relief) qui lui permet de circuler dans le monde qui lui est proposé par l'ordinateur. La lunette détecte les mouvements de la tête et y répond par un déplacement du champ de vision. Des écouteurs transmettent le son, un microphone permet de donner des ordres au système par la voix; enfin, une combinaison (souvent simplement deux "data gloves" ou gants sensitifs) munie de capteurs enregistre les actions de l'utilisateur et déclenche une réponse du système: déplacement, communication, voire même un retour sous forme de sensation tactile"<sup>(5)</sup>

Son utilisation est extrêmement variée. Les architectes peuvent l'employer pour présenter à leurs clients leur maison virtuelle. Des handicapés peuvent tester leur appartement virtuel pour déceler les problèmes liés à leur déplacement en chaise roulante à l'intérieur. Des archéologues et des historiens peuvent reconstituer virtuellement des monuments en ruine, telle que l'abbaye de Cluny en France, dont la reconstitution virtuelle peut être visitée. Des chirurgiens peuvent s'exercer sur un cœur virtuel avant d'opérer réellement leur patient.

Dans le domaine de l'éducation pour la santé, une utilisation très intéressante, serait, par exemple, une mise en situation virtuelle pour la prévention des accidents domestiques.

### Utilisation des médias électroniques en éducation pour la santé

Comme nous venons de le voir, c'est une véritable révolution technologique auquel nous assistons dans le monde de la communication et des médias.

Rares sont les secteurs d'activité qui échappent à l'influence des nouveaux médias électroniques.

En éducation pour la santé, l'utilisation des médias électroniques peut s'avérer d'une très grande utilité à condition que leur emploi ne se limite pas uniquement à un gadget parmi d'autres mais s'intègre dans une stratégie globale de communication dans le domaine de l'éducation et de la promotion de la santé.

Voici différents usages possibles des médias électroniques dans le domaine qui nous intéresse:

#### • Information

- Editoriale: journaux, magazines spécialisés (vidéotex);
- Factualle: données épidémiologiques, tendances,... (audiotex, vidéotex);
- De référence: base de données, centres de documentation (borne interactive, vidéotex, CD-ROM).

#### • Promotion

- Campagne d'information, de sensibilisation et d'animation (vidéotex, audiotex, CD-I, TV interactive,...);
- Retours interactifs sur des campagnes de sensibilisation (vidéotex, audiotex).

#### • Divertissement, loisirs

- Jeux (vidéotex, borne interactive, CD-I, Réalité Virtuelle).

#### • Echanges et communication

- Professionnel: messagerie électronique entre professionnels (établir un réseau électronique reliant par exemple tous les membres du Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé «Réfips» permettant de dialoguer et d'échanger plus rapidement des expériences en éducation pour la santé);
- Tous publics: messageries interpersonnelles (directe) ou en étoile (centralisation des messages,

questions, suggestions, ...), prolongement des groupes de self-help,...

#### • Formation, animation

- Enseignement et Education pour la santé Assistés par Ordinateur (EAO);
- Mise en situation par exemple dans le domaine des accidents domestiques par l'utilisation de la Réalité Virtuelle.

#### • Transaction

Commande des livres, brochures, documents présentés lors de campagnes médiatiques (vidéotex, audiotex, ...).

### Tendances

Comme on peut le constater, les médias électroniques sont promis à un bel avenir. Sans que l'on s'en rende compte, nous les utilisons de plus en plus. De nombreuses associations commencent à s'équiper de modems, qui est la première étape de communication en réseau, via le vidéotex par exemple. Les fabricants d'ordinateurs commencent à proposer des ordinateurs grand public avec un lecteur de CD-ROM intégré. Les bornes interactives se multiplient et l'on en voit fleurir dans certaines communes pour donner des renseignements utiles sur la commune (plan de la commune, présentation des différents services communaux, heures d'ouverture, ...).

### Avantages...

Les avantages de ces nouveaux médias électroniques sont nombreux. Ils peuvent accroître sensiblement la circulation des informations entre les différents partenaires du secteur de l'éducation pour la santé. Un autre intérêt de ces médias réside dans leur capacité à créer un véritable réseau international fonctionnant en temps réel et permettant des échanges d'expériences, des économies d'échelle (banques de données consultables à distance). Enfin, la grande innovation de ces médias est leur interactivité qui dépasse de loin la communication actuelle, bien trop souvent à sens unique. En outre, plus rien n'est imposé, mais seulement proposé puisque tout est à la disposition de tout le monde.

(5) *ibidem* p. 75

## L'UIPES travaille pour et... avec nous

La conférence d'Amsterdam présentée dans ce numéro était organisée par le Bureau européen de l'UIPES.

### L'UIPES, encore du nouveau?

Oui et non. L'UIPES ou Union Internationale de Promotion et d'Education pour la santé est le nom adopté en avril dernier par le Conseil d'administration de l'Union Internationale de l'Education pour la santé, fondée à Paris en 1951.

L'UIPES rassemble des membres de plus de 80 pays. Elle a comme objectif d'offrir à ses membres, nationaux, collectifs ou individuels des occasions d'approfondir leurs connaissances et leur maîtrise de la promotion et de l'éducation pour la santé et ceci, en organisant des échanges d'informations (les conférences internationales et la revue Hygie) mais aussi en stimulant les initiatives régionales de rencontre, de recherche, de coordination. L'UIPES représente aussi les personnes ou institutions actives en promotion ou éducation pour la santé vis-à-vis d'organismes ou d'événements internationaux dans le but de promouvoir l'intérêt pour la promotion et l'éducation pour la santé.

Pour mieux remplir son rôle et maintenir les relations les plus étroites possibles avec ses membres, l'UIPES est divisée en bureaux régionaux: l'Amérique du Nord, l'Amérique du Sud, le Pacifique occidental Nord, l'Asie du Sud-Est, l'Europe. Des contacts de plus en plus étroits sont établis pour assurer une représentation de l'UIPES comparable à celle des instances internationales (notamment en Afrique).

### Pourquoi être membre de l'UIPES?

Les premiers avantages concernent les activités internationales. Les membres de l'UIPES sont directement informés des activités internationales et profitent, lors de l'inscription à ces dernières de tarifs préférentiels. Les prochaines conférences sont prévues en 1995 au Japon (conférence mondiale), en 1996 en Italie (3ème conférence européenne internationale "Effectiveness in health promotion and health education") et en Israël en 1997 (4ème conférence européenne).

Les membres de l'UIPES sont automatiquement abonnés à Hygie.

Le renouvellement des membres du Comité Exécutif se fait lors de l'Assemblée générale organisée lors des conférences mondiales. Les membres individuels ont une voix à ce vote, les membres collectifs en ont 3 et les membres nationaux ont 10 voix. Les membres collectifs payent une cotisation un peu plus élevée et reçoivent 3 exemplaires de la revue Hygie. Les membres nationaux payent une somme relativement considérable qui dépend de leur situation de pays riche ou en développement ainsi que de la taille de leur population.

Le Bureau européen développe actuellement plusieurs services au départ des informations fournies par les membres. Les autres personnes compétentes seront contactées par la suite. Ces services visent à faciliter contacts, échanges et mise sur pied de réseau. C'est pourquoi des questionnaires ont été envoyés aux membres: le premier pour rassembler des informations sur leurs activités, projets et compétences générales, un autre sur les activités en relation avec le sida et enfin, un troisième sur leurs relations avec les anciens pays de l'Est ainsi que sur leurs propositions ou suggestions pour aider ces pays nouveaux à développer la promotion et l'éducation pour la santé. Les informations recueillies alimentent des banques de données informatives sur les équipes et activités qui seront disponibles dès qu'opérationnelles.

Le plus intéressant réside dans ce que nous voulons et désirons de l'UIPES. Le Bureau européen organise des groupes de travail. En clair, cela veut dire que vous pouvez participer au groupe de travail de votre choix (à vos frais) mais également organiser vous-même un groupe de travail. L'appui du Bureau européen peut faciliter votre tâche, soit en vous communiquant les coordonnées de collègues intéressés par le même sujet que vous, soit en chapeautant votre activité et donc en lui offrant le patronage d'une organisation internationale. Cela rassure parfois les bailleurs de fonds sur le sérieux de nos projets.

Actuellement, les groupes de travail sont les suivants:

- les jeunes et l'école: la langue de travail de ce groupe est l'allemand; responsable: Dr K. Triebold, Viktoriastrasse 28,

D-5300 Bonn 2; tél. 49-228-36.15.48.

- le lieu de travail; responsable Dr B. Wranner, National Board of Public Health, Center of Skaraborg, Gustav Adolf Gata 49, S-541 45 Skovde, Suède; tél. 500-47.83.80; fax: 500-47.83.91.

- formation des médecins généralistes et des infirmières; responsable: Prof. Modolo, Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria, Università di Perugia, Via del Giochetto 4, 06100 Perugia, Italie; tél. (075) 28.377.

- pratique des médecins généralistes; responsable: Dr Oleinik, Kupat Olim Health Insurance Institute, 101 Arlozorov Street, Tel Aviv 62098, Israël; tél. 972-3-43.33.55; fax: 972-3-691.60.69.

Je fais partie du groupe d'accompagnement du Bureau européen. Ce groupe se réunit deux fois par an pour rendre des avis sur le rapport d'activités et la préparation des projets. Je ferai part avec plaisir de la volonté d'un(e) d'entre vous d'organiser un groupe de travail francophone...

Danielle Piette, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles

#### ■ Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé (UIPES)

Président: Dr Rajala (Finlande)  
Directeur: Mme Marie-Claude Lamarre  
Adresse: 15-21 rue de l'Ecole de Médecine; 75270 Paris Cedex 06; France.  
Tél. (00) 33-1-43.26.90.82; Fax: (00) 33-1-43.29.33.15.

#### A contacter pour se faire membre.

#### ■ Bureau européen de l'UIPES

Président: Dr Hans Hagendoorn  
Directeur: Mme Marianne Beliën  
Siège: Comité Néerlandais de Promotion et d'Education Santé  
Adresse postale: International Union for Health Promotion & Education; Regional Office for Europe; c/o Dutch Center for Health Promotion & Education; P.O. Box 5104; 3502 JC Utrecht; Pays-Bas.  
Adresse pour les visites: Da Costakade 45, Utrecht, tél.: (00) 31-30.91.02.44; Fax: (00) 31-30.96.40.82.

A contacter pour s'informer sur les activités européennes ou pour participer ou organiser un groupe de travail.

telles que combien de temps avant d'obtenir un résultat fiable au test de dépistage, quel risque représente la fellation, est-ce que tous les enfants nés de mères séropositives seront eux-aussi contaminés,... ne soient données plus fréquemment dans la presse. Une telle démarche aiderait la population à appréhender le virus dans sa réalité, sans phantasmes, sans fausses croyances, sans rumeurs imbéciles. Et aurait un impact sur sa capacité à se protéger et sur sa perception des personnes touchées par le virus.

Cependant, on ne peut pas dire non plus que le sida soit absent de la presse. Mais l'angle choisi est davantage celui du scandale. Des affaires telles que le conflit Gallo-Montagnier, l'affaire du sang contaminé en France, la révélation de l'existence d'un troisième virus, l'étude Concorde sur l'AZT et il y a peu, les tests de dépistage retirés du marché français nourrissent commentaires, étonnements, effrois sur le sujet. Mais ces informations spectaculaires n'améliorent certainement pas le taux de connaissances du lecteur ou du téléspectateur sur le virus.

### Les véritables scandales du sida

Loin de moi l'idée que la presse devrait taire ce type d'information. Mais reconnaissons que la part d'informations plus éducatives ou sociales se réduit comme une peau de chagrin. La réalité du sida pour les personnes touchées par le virus et pour leur entourage est l'une des grandes absentes. La réalité des pratiques discriminatoires dont sont victimes les personnes séropositives, les tests de dépistage à l'embauche et autres refus d'accueil en crèches ou en écoles pour des enfants séropositifs passent presque inaperçus; la réalité médicale et psychologique de la séropositivité, le coût des traitements, la solitude,... sont tus. L'information extraordinaire grignote les pages des journaux au détriment d'une information sur la réalité du sida.

### Quand le tapage annule la prévention

Pire encore! Le traitement de l'information événementielle est parfois même contraire à la prévention. Rappelez-vous en mars dernier, les résultats d'une étude sur l'efficacité de l'AZT appelée Concorde confirmait qu'un traitement à l'AZT ne pouvait être de longue durée étant donné la grande capacité du virus de s'adapter et de se modifier. Titre à la Une de "Libération": "AZT, inutile"! Un titre qui accroche mais qui annule aussi les messages de prévention invitant au dépistage précoce, qui détruit en même temps le moral fragile et pourtant vital de la personne séropositive traitée à l'AZT. Dans "Le Soir", un titre moins tapageur mais dans l'article, l'absence d'informations recoupées avec celles d'un scientifique laisse peu de chance au traitement à la zidovudine (AZT). L'auteur aurait pu ajouter que tous les traitements du sida sont utilisés en alternance de manière à dérouter le virus. Ce complément d'information a parfois fait l'objet d'un nouvel article... Mais trop tard!

Même erreur de communication dernièrement en France quand la presse annonce que neuf tests de dépistage sont retirés du marché. En cause: leur sensibilité jugée médiocre, c'est-à-dire qu'ils peuvent donner des résultats de faux positifs et surtout de faux négatifs. A part cette information, pas un mot sur l'âge et l'utilisation de ces tests. Dans ces conditions, quel est encore l'intérêt de se faire dépister?

Remarquons que la presse belge a fait preuve d'une plus grande maîtrise en se posant d'emblée les questions importantes à savoir parmi les neuf tests retirés du marché français, quels sont ceux qui sont utilisés en Belgique et surtout à quelle fréquence et dans quel cas.

Face à ces différentes "affaires", on ne peut que rappeler que la presse en France et en Belgique traverse une crise aiguë; qu'elle n'est pas parvenue à se positionner face à la rapidité de la presse audiovisuelle. Que la diminution du nombre de lecteurs incite les

organes de presse à transmettre toujours plus vite les informations sans pouvoir évaluer précisément les conséquences de cette diffusion.

Tel est le contexte auquel les éducateurs à la santé doivent s'adapter s'ils veulent encore communiquer par le biais de la presse. Cela nous renvoie au titre "Facts and lies" de l'atelier des relations avec la presse dans ce colloque. Un titre dérangeant. Pour plusieurs raisons.

D'abord que le titre "Facts and lies" est très accrocheur et donc très médiatique. Ensuite que la publicité sur cette rencontre réalisée dès les premières heures du colloque d'Amsterdam la rendait encore plus attrayante. Et avançait d'emblée l'idée qu'une information pour être connue et comprise par beaucoup se devait d'être accrocheuse au risque d'être réductrice et émotionnelle, au risque d'être hystérique.

Et, last but not least, "Facts and lies" titre imaginé par les organisateurs paraît opposer la réalité des faits scientifiques avancés par les professionnels de la santé à l'incontournable perversion mensongère de la presse. Le grand phantasme des bons et des méchants.

Réduire les relations avec la presse à de tels antagonismes c'est aussi faire du sensationnalisme. C'est oublier que la presse a ses lois, ses limites, ses difficultés. Il faut les connaître, les accepter pour imaginer une réelle collaboration basée sur la confiance. C'est oublier que la presse est composée de personnes, tantôt rigoureuses, tantôt sensationnalistes; mais bien réelles et rarement diaboliques. Les rencontrer, les suivre, les conseiller est nécessaire.

C'est enfin ôter toute responsabilité à l'éducateur à la santé dans la diffusion de l'information au public.

Le titre "Facts and lies" annonçait d'emblée un débat enfoui dans le flot des déceptions réciproques; tandis qu'un réel face à face avec la presse doit poser les pistes d'une collaboration fructueuse.

Raphaëlle Kerstenne, Agence Prévention Sida ■

### ... et inconvénients des médias électroniques

A côté de leur intérêt indéniable, il ne faut pas perdre de vue certains problèmes inhérents à ce genre de médias.

Tout d'abord, ces médias impliquent qu'on se familiarise avec leur fonctionnement, ce qui peut rebuter un certain nombre de personnes, quoiqu'un gros effort soit réalisé pour leur conférer une convivialité maximum.

Autre inconvénient, leur prix. Certains ont tendance à se démocratiser, mais pour une association qui voudrait investir dans un équipement multimédia, l'investissement de base est encore assez onéreux. De plus, la technologie ne cesse de s'améliorer avec une cadence de plus en plus rapide, ce qui a pour conséquence que le matériel que vous aviez acheté à prix fort risque six mois plus tard, d'être dépassé et vendu le quart de son prix.

Un autre danger est la course à la technologie. Ces médias électroniques ne doivent en aucun cas devenir un but en soi. Car l'important n'est pas l'innovation technologique, mais la manière dont cette innovation va être intégrée et utilisée par le public auquel ces nouvelles technologies sont sensées s'adresser.

Et pour terminer, dans le même ordre d'idées, la course aux technologies risque de reléguer le facteur humain au second plan. Or, un ordinateur ou

une borne interactive ne remplacera jamais le contact interpersonnel. Mais le danger existe puisque de nombreux cadres se plaignent actuellement du désert relationnel qu'engendrent les postes de travail reliés en réseau. La plupart ne se parlent plus que par

messagerie électronique interposée et ne se connaissent plus que par leur nom de code. Et on appelle cela le progrès...?

Philippe Mouchet, Question Santé ■

### La grande famille des CD

Les premiers Compact Disc, inventés par Philips en 1978 étaient des CD-Audio. Petit disque de 12 cm de diamètre, ce CD de par la lecture digitale au rayon laser bénéficiait d'une qualité d'écoute hors pair, comparée à une lecture analogique d'un pickup normal. Mais le CD-Audio n'a pas attendu très longtemps pour avoir des petits frères. Rapidement sont arrivés sur le marché des CD-Vidéo, capables de reproduire des images et du son, ainsi que les CD-ROM (Read Only Memory). Le CD-ROM est un support de données numériques, qui comme les CD Audio et Vidéo doit être pressés ce qui n'autorise que la lecture de ses informations et non l'écriture. C'est donc avant tout un excellent support de stockage puisqu'un seul CD-ROM peut stocker environ 630 Mégaoctets. C'est pourquoi, de nombreuses revues, ou des dictionnaires proposent des compilations sur CD-ROM. Un modèle amélioré du CD-ROM, le CD-ROM XA (pour Extended Architecture) permet de reproduire certaines formes de vidéo animée. Le

fameux CD-Interactif est basé également sur ces CD-ROM XA.

A côté des CD-ROM, des CD magnéto-optiques permettent aussi bien la lecture que l'écriture, mais leur capacité de stockage reste encore inférieure aux CD-ROM classiques.

Le CD-Interactif permet, comme son nom l'indique, une interactivité totale entre l'utilisateur et le lecteur de CD-I. C'est le CD multimédia par excellence, que d'aucuns qualifient d'hypermédia, car le mélange des sons, des images statiques ou animées, des textes, des photos et des graphiques proviennent d'une seule source par opposition au multimédia classique dont le mélange provient de multiples sources.

Enfin, le CD-Photo permet de stocker sur CD jusqu'à 100 photos couleurs, qui peuvent être lues sur un lecteur de CD-I, de CD-Photo ou de CD-ROM. Elles peuvent être agrandies, recadrées, animées, mélangées et imprimées sur imprimantes couleur.

### Interactivité gadget?

A l'heure actuelle, de nombreuses productions nous sont présentées comme si dès que l'utilisateur du CD-Rom ou du PC pousse sur un bouton au lieu de tourner une page d'encyclopédie, il est dans une situation interactive. Le sentiment d'une utilisation abusive de la notion d'interaction, au nom d'intérêts commerciaux, m'a entraînée à m'arrêter brièvement sur ce terme.

### De quoi parle-t-on?

Distinguons brièvement ce que peuvent recouvrir les termes passif, actif

et interactif en regard d'un outil visuel d'information et d'éducation pour la santé, en les comparant à d'autres situations d'information et d'apprentissage.

Passif pourrait correspondre au lecteur d'une encyclopédie du corps humain, au spectateur d'une émission de télévision sur la santé, à un auditeur passif de conférence.

Actif simple peut qualifier une situation de conférence suivie d'un débat questions-réponses, ou de réponse à un questionnaire (papier ou infor-

matique) en fonction de règles préétablies. La personne confronte des éléments d'elle-même à ces règles.

Actif complexe recouvre un outil (papier, vidéo ou informatique) aux règles plus fines, qui implique une réflexion, qui peut être partiellement remodelé par l'utilisateur, qui entraîne un début d'appropriation.

Interactif relève d'un support au sein duquel des modifications existent en fonction des réponses de l'utilisateur pour lui donner d'autres pistes. Il s'agit d'un système expert, les règles se mo-

difient, les données sont conservées en tant qu'expérience que l'individu peut réutiliser. Les règles préétablies sont confrontées à la réalité de l'ensemble et les réponses de la personne y est alors acteur de la même manière qu'elle le serait par sa participation à un groupe d'apprentissage d'adultes (sans tenir compte de l'échange interpersonnel).

### Que propose-t-on ?

En réalité, nous n'en sommes pas encore là. Les productions qu'on nous montre aujourd'hui sont en fait des encyclopédies modernes, sur un autre support que le papier mais sans autre apport spécifique. L'image, très rarement animée, y remplace la planche couleur de l'encyclopédie. La démarche n'est pas différente de la télécommande de la télévision.

L'utilisateur reste passif et le coût est actuellement dissuasif. Cette situation est sans doute transitoire. L'avenir verra le coût baisser fortement, ce qui donnera l'illusion à beaucoup (comme à celui qui collectionne encyclopédies hebdomadaires ou mensuelles) que posséder, c'est savoir. On me permettra d'en douter...

Jeanne-Marie Delvaux, Service Espace Santé, FPS Liège ■

## Bon usage des médias en éducation pour la santé

Le congrès de l'UIES apparaît comme la présentation d'une multitude d'expériences souvent très riches même si certaines se sont parfois grevées d'un échec relatif.

Mais l'échec en lui-même reste positif, car il nous permet d'une part, de mieux analyser les processus qui amènent à certains comportements néfastes à la santé et, d'autre part, de mieux cerner les facteurs dont il doit être absolument tenu compte pour atteindre l'efficacité: une expérience peut "bien marcher" dans une communauté; reproduite ailleurs, dans d'autres circonstances elle échoue; après tout, la fusée Ariane a démarré 5 à 6 fois sans encombre, et ce n'est que la fois suivante que le défaut des circuits d'alimentation est apparu.

A cet égard, l'expérience néerlandaise est très instructive. Partie de l'idée qu'il fallait faire passer des messages sur le mode de vie adéquat sous des formes plus originales, la Ligue Cardiologique néerlandaise a déposé sur la table d'un producteur un pactole pour l'inciter à produire une série télévisée du type dramatique, une sorte de "Dallas cardio-vasculaire".

Le thème: un cadre supérieur fort surmené et fumeur se rend dans un centre de fitness où il tombe amoureux de sa diététicienne qui repousse ses invitations... dans un premier temps; au moment du premier baiser, elle refuse parce qu'il sent trop la fumée de tabac!

Le court extrait qui fut présenté à Amsterdam ne permet pas de savoir si l'absence d'intérêt du public résultait

de la présence trop apparente et maladroite de messages d'éducation à la santé ou d'un mauvais scénario, peut-être les deux raisons ont-elle joué? Toujours est-il que la série fut interrompue après quelques épisodes.

Un échec instructif s'il en est: avant d'innover et de dépenser des sommes d'argent considérables, (le 1/4 du budget, offert par la Ligue Cardiologique représente 600.000 florins soit 1.200.000 francs belges), il convient de bien réfléchir.

Ceci nous amène à la question des coûts de l'utilisation de l'audiovisuel.

Les campagnes grand public coûtent cher, très cher. Il n'est pas certain qu'à elles seules elles parviennent à modifier des comportements. Les seules expériences qui paraissent fructueuses paraissent être celles où une émission, un spot T.V. sont accompagnés d'actions sur le terrain local et de l'utilisation d'autres médias. (vidéo, journaux, radios locales, dépliants, paquets éducatifs regroupant ces différents éléments...).

Par ailleurs, l'évolution de l'audiovisuel conduit à réduire de plus en plus l'audience des grandes chaînes télévisées au profit des réseaux de télévision ou radios plus locales: la multiplication des chaînes officielles ou commerciales, même si elles restent peu nombreuses dans nos pays réduit proportionnellement l'audience de chacune; par ailleurs, il semble que dans des régions comme les États-Unis, des réseaux locaux se développent de plus en plus, ce qui impliquera pour les éducateurs à la santé d'avoir recours à

ces réseaux pour atteindre leur public cible qui, lui, regarde de moins en moins les chaînes à grand public.

La recherche de sponsors reste pour chaque participant au Congrès la pierre d'achoppement: l'éducation à la santé n'est pas un produit qui rapporte gros à un industriel. Mais, parfois, l'utilisation judicieuse de la concurrence entre deux chaînes télévisées peut mener à d'heureux résultats. Ainsi, en Slovaquie, la chaîne officielle abandonne la télévision scolaire; le développement, sur la chaîne privée, d'émissions suivies de télévision scolaire a amené la chaîne officielle à revoir sa position!

Les associations qui s'occupent d'éducation sanitaire devront apprendre à mieux exploiter les ressources à leur portée: les radios locales, les journaux régionaux ou imprimés par des groupements plus restreints, plus ouverts au développement de la communauté dont ils émanent, leur fourniront un support pour des actions englobant différents acteurs.

### Des actions pour dire quoi et surtout comment?

La conception de messages, d'affiches devra étudier l'impact des images véhiculées: une image "positive" (par exemple d'adolescent en bonne santé, souriant, bien habillé et non fumeur) contient sa propre "anti-image" (l'adolescent est perçu comme un modèle trop difficile à atteindre, appartenant à un milieu trop privilégié, constitue un

(suite en page 37)

(suite de la page 12)

modèle finalement rejeté par les jeunes qui constituent le public cible).

Les professionnels de la santé devront se familiariser avec la pratique des médias, acquérir ou tout au moins connaître les modes de pensée des spécialistes de la communication, des praticiens de l'image etc. afin d'alléger leurs messages, de les rendre plus digestes. On reste souvent au premier degré dans la conception des messages. Les éducateurs à la santé devront prendre des leçons de communication et ne pas hésiter, parfois, à alléger leurs messages, à utiliser d'autres modes d'expression que l'exposé ex cathedra sur les méfaits de la graisse, du tabac ou des comportements à risques.

L'humour déclenche l'adhésion comme l'a montré le succès du spot publicitaire allemand sur le sida (premier prix au concours des films vidéo): un jeune homme achète des préservatifs au supermarché, arrive pas très à l'aise à la caisse, la caissière soulève ostensiblement le paquet et à très haute voix, en demande le prix à sa collègue... Le jeune ne sait plus quelle contenance prendre, lorsqu'une cliente âgée qui le regardait avec une certaine insistance depuis quelques instants indique le prix exact à la caissière...

## Santé et presse, les bons et les méchants?

Outre les séances plénières de ce colloque "Education et mass media", des ateliers en petits comités abordaient les relations entre les professionnels de la santé et les différents acteurs des médias. Parmi eux, "Facts and lies" imaginé par Asthma Fonds illustre la difficulté de communication entre la presse et la santé.

Facts and lies, faits et mensonges. Derrière ce titre, un atelier voyait éducateurs à la santé et journalistes se rencontrer dans un débat sur le rôle des uns, l'éthique des autres et sur les relations des uns aux autres. Une discussion qui stimule une réflexion sur la presse, ses réalités, ses limites... face à la prévention du sida, ses nécessités, ses besoins.

Le programme vidéo sur le tabac destiné aux écoles, réalisé par les Pays-Bas ne fait pas l'unanimité: il montre du goudron partout sur le visage ou dans les poumons d'une jolie adolescente. Il crée certes un choc et une aversion, mais l'aversion sera-t-elle orientée vis-à-vis des images projetées ou vis-à-vis du tabac? La peur n'est pas nécessairement le meilleur moyen d'action; d'autant que l'ensemble des orateurs prône l'utilisation d'images positives pour l'éducation pour la santé dans les médias. A noter que nous avons abandonné en Communauté française ce type de document destiné à créer l'effroi.

Tout ceci nous montre que la Communauté française ne doit finalement pas avoir trop de complexe d'infériorité par rapport à ses voisins. Peut-être la faiblesse de nos moyens nous sert-elle en nous contraignant à mieux élaborer nos actions pour éviter de reproduire les erreurs des autres?

L'enthousiasme très communicatif, l'optimisme à tout crin - peut être empreint de triomphalisme - de l'intervenant américain M. Mac Calister doit nous faire réfléchir: professionnaliser nos actions, les planifier, mieux utiliser les ressources à notre portée, doubler une campagne médiatique de l'offre

### Enfoncer le clou

En Belgique, les besoins d'information sur la prévention du sida restent importants. En effet, selon une enquête OMS, les adolescents sont encore mal informés. Ainsi, seulement 50% des jeunes interrogés savent que le sida ne se guérit pas; 27% sont au courant qu'il n'existe pas de vaccin; 30% pensent qu'une personne séropositive sans symptômes apparents ne peut transmettre le virus. Cette mauvaise connaissance du HIV persiste malgré des campagnes d'information, des brochures distribuées, quelques émissions explicites. Tandis qu'une enquête (Sida et discrimination, Dimarso - novembre 1992) menée auprès des Belges révèle que seu-

d'entretiens privés avec un médecin (par exemple pour la prévention des comportements à risque), prévoir dès le départ la méthode et le budget nécessaire pour l'évaluation de l'action menée (budget très souvent non prévu et difficile à faire accepter par les bailleurs de fonds) est indispensable si l'on désire accroître la crédibilité de la médecine préventive.

La création de banques de données européennes sur les comportements et les actions menées devrait permettre à chaque intervenant de mieux apprécier la situation à laquelle il est confronté, de la comparer aux situations rencontrées à l'étranger.

Enfin, la constitution d'un groupe de travail grâce notamment à l'Union Internationale de Promotion et d'Éducation à la Santé devrait permettre d'accroître la prise de conscience des autorités de tutelle de l'importance de l'éducation à la santé et d'obtenir des espaces d'émission, de publicité dans les médias. Mais là encore, il conviendra aussi de ne pas oublier d'utiliser les espaces gratuits, comme par exemple un article de fond dans un journal à gros tirage.

P. Thieffry, Médecin Coordonnateur, Centre de Santé UCL, Clos Chapelle-aux-Champs, 30/39, 1200 Bruxelles ■

lement 20% des personnes interrogées estiment que l'on parle trop du sida et que ce thème apparaît comme le sujet le plus important aux yeux des francophones (sondage Sobemap publié dans le Vif du 26/2/93).

Face à ces constats, l'éducateur à la santé et plus particulièrement celui qui vise la prévention du sida peut regretter que la presse qui nous parvient en Belgique du sud, presse francophone et presse française tant écrite que parlée, ne réponde pas davantage aux attentes du public et aux nécessités de la santé publique. Que, par exemple, les modes de transmission du sida ne soient pas systématiquement rappelés et mis en évidence à côté des articles ayant trait à ce sujet. Que des réponses à des questions

"Je mange bien à l'école"



**Programme  
pour améliorer  
l'environnement  
nutritionnel à l'école**

Editeur responsable : **S.P.E.O.L.**  
Secrétariat Permanent de l'Enfant des Organisations Liégeoises,  
Boulevard d'Avroy 202, 4000 Liège

Présentation

DOCUMENT DE BASE 1

AVEC LE SOUTIEN DU MINISTÈRE DE LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE DE BELGIQUE

S.P.E.O.L.

# Sommaire

<b>I. Pourquoi améliorer l'environnement nutritionnel à l'école</b> .....	p. 3
<b>II. Les fondements du programme "Je mange bien à l'école"</b> .....	p. 4
1. L'historique du programme	
2. Les objectifs du programme	
3. Le concept d'environnement nutritionnel	
<b>III. L'application du programme dans une école</b> .....	p. 6
1. Le déroulement d'un projet dans une école	
2. Deux supports de base: le questionnaire d'auto-évaluation et les pistes d'action	
3. Le conseil méthodologique	
<b>IV. Les expériences pilotes</b> .....	p. 9
1. Le concours interscolaire en Province de Liège	
2. L'application du programme en Communauté germanophone de Belgique	
3. Des exemples vécus dans les écoles	
4. Des éléments d'évaluation	
<b>V. Comment participer au programme "Je mange bien à l'école"?</b> .....	p. 13
<b>VI. Adresses utiles</b> .....	p. 14

Le programme "Je mange bien à l'école" est le résultat de la collaboration de nombreux partenaires depuis plus de quatre ans. Nous remercions tout particulièrement ceux d'entre eux qui ont réalisé une relecture critique de cette brochure: Anny Closset de l'Institut Communautaire d'Alimentation et de Nutrition (I.C.A.N.), Michel Demarteau et Anne Poumay de l'Association pour la Promotion de l'Education pour la Santé (A.P.E.S.), Carine Lafontaine de la Commission Locale de Coordination de Liège, Michèle Quinet-Le Docte et Marie-Line Van Nieuwenhuysse du Service Education pour la Santé de Huy, le docteur Jean van der Hofstadt, président du Secrétariat permanent de l'Enfant des Organisations Liégeoises.

## **Conception**

Anny CLOSSET, Dominique FILEE, Isabelle PAUL  
Centre d'Enseignement et de Recherche en Education pour la Santé de l'Université de Liège (C.E.R.E.S.)  
Chantal VANDOORNE,  
Secrétariat Permanent de l'Enfant des Organisations Liégeoises (S.P.E.O.L.)

## **Réalisation**

Revue Education Santé - Septembre 1993

## VI. Adresses utiles

Pour des documents et des renseignements sur les possibilités de participer au programme:

### Les Commissions locales de coordination:

Les C.L.C. suivies d'un astérisque (\*) représentent les régions où l'extension du programme est opérationnelle dès septembre 1993. Dans les autres régions, le programme devrait débuter dans le courant des années 1994-1995.

#### ■ C.L.C. de Bruxelles(\*)

Rue du Viaduc, 72  
1050 BRUXELLES  
Tél.: 02/512.41.74

#### ■ C.L.C. de Liège (\*)

Sart-Tilman, Bât. B23  
4000 LIEGE  
Tél.: 041/56.27.97

#### ■ C.L.C. du Brabant Wallon

Domaine de Chastre  
Route de Gembloux, 2  
1450 CORTIL-NOIRMONT  
Tél.: 081/61.42.48

#### ■ C.L.C. de Huy-Waremme (\*)

Maison de la Santé  
Chaussée de Waremme, 139  
4500 HUY  
Tél.: 085/21.25.76

#### ■ C.L.C. du Hainaut-Centre (La Louvière-Mons)

Rue Chavée, 62  
7100 LA LOUVIERE  
Tél.: 064/22.30.17 ou 065/87.26/79, ext. 552

#### ■ C.L.C. de Verviers (\*)

Rue de la Station, 13  
4800 VERVIERS  
Tél.: 087/35.15.03

#### ■ C.L.C. du Hainaut-Est (Charleroi) (\*)

Avenue Général-Michel, 1B  
6000 CHARLEROI  
Tél.: 071/33.02.29

#### ■ C.L.C. de Namur

Rue Château des Balances, 3B  
5000 NAMUR  
Tél.: 081/22.25.14 ou 22.24.22

#### ■ C.L.C. du Hainaut-Ouest (Tournai)

Rue de Cordes, 9  
7500 TOURNAI  
Tél.: 069/22.15.71

#### ■ C.L.C. du Luxembourg

Centre Provincial de Santé  
Rue Ereine, 1  
6900 MARCHE  
Tél.: 084/31.31.39 et 061/21.36.71

Pour la documentation sur le programme "Je mange bien à l'école" ou tout type d'informations sur les documents et programmes d'éducation nutritionnelle :

#### I. C.A.N.

Institut Communautaire de l'Alimentation  
et de la Nutrition  
Anny CLOSSET  
Quai du Barbou, 4  
4020 LIEGE  
Tél.: 041/44.78.25

Coordination du programme :

#### S.P.E.O.L.

Secrétariat Permanent de l'Enfant  
des Organisations Liégeoises  
Chantal VANDORNE  
Place Jean D'Ardenne, 8  
4130 ESNEUX  
Tél.: 041/80.48.19

## I. Pourquoi améliorer l'environnement nutritionnel à l'école

L'alimentation est aujourd'hui considérée comme l'un des principaux piliers de notre santé et de notre bien-être.

Il est scientifiquement établi, par exemple, que le cancer et les maladies cardio-vasculaires trouvent leur source, pour une bonne part, dans nos modes de vie et, en particulier, dans notre façon de nous alimenter. Nous savons en outre, par expérience, combien notre bien-être pendant la journée dépend de la qualité et de l'équilibre de nos repas.

Pourtant, même convaincu de l'importance de ces enjeux, l'adulte ne change pas facilement ses conduites alimentaires. Celles-ci sont le résultat d'une adaptation patiente d'un groupe humain à son milieu. Elles sont acquises dès le plus jeune âge et sans cesse renforcées par les habitudes, les coutumes, les représentations qui unissent les membres d'une communauté donnée. Elles constituent un élément de différenciation et de reconnaissance culturelle.

*Que l'on songe à l'utilisation des corps gras dans l'alimentation et à l'opposition séculaire entre consommateurs de beurre et consommateurs d'huile d'olive: les modifications dans la consommation de ces corps gras sont lentes et progressives, elles sont le résultat de l'influence conjuguée de la publicité commerciale, de la disponibilité des produits, de l'éducation nutritionnelle et du brassage culturel qui favorise l'échange de recettes culinaires entre le sud et le nord de l'Europe.*

Pour influencer les conduites alimentaires, il faudra donc agir très tôt, dans les différents milieux de vie de l'enfant, et tout particulièrement à l'école. En effet, dans notre pays, chaque personne fréquente l'école pendant quinze années au moins. Par ailleurs des enquêtes ont montré que deux tiers des élèves en moyenné prennent à l'école le repas de midi en plus d'une ou deux collations.

Depuis plusieurs années, des enseignants cherchent ensemble les voies et moyens d'introduire une éducation nutritionnelle efficace dans le programme scolaire. Une idée fait son chemin, selon laquelle il ne suffit pas d'enseigner la nutrition aux enfants, mais qu'il faut les aider à vivre dans un meilleur environnement nutritionnel, qui intègre les dimensions diététiques, psychologiques, sociales et économiques de la conduite alimentaire. Telle serait l'innovation majeure qui

pourrait assurer une modification durable de leurs pratiques alimentaires.

L'amélioration de l'environnement nutritionnel donne l'occasion aux enfants de poser des choix judicieux, d'expérimenter, voire d'adopter, des pratiques alimentaires favorables à leur santé : les bénéfices escomptés se situent autant sur le long terme que sur le court terme.

*Si un enfant s'habitue à consommer un fruit à la récréation plutôt qu'un sachet de chips ou une sucrerie, il en tire un bénéfice nutritionnel immédiat. Mais, en même temps, il pose les jalons d'une alimentation saine pour la vie.*

Améliorer l'environnement nutritionnel à l'école, ce n'est pas seulement donner une plus grande place aux questions de nutrition dans le programme scolaire. C'est aussi rendre l'élève plus actif dans son apprentissage, c'est lui donner l'occasion d'appliquer les principes d'une meilleure nutrition dans sa vie quotidienne, à la cantine ou dans la cour de récréation, à l'occasion d'une collation. Améliorer l'environnement nutritionnel, c'est faire de l'école un lieu où il est plus facile de respecter les règles d'une bonne hygiène alimentaire, c'est intégrer les parents, les enseignants, voire les commerçants locaux dans un processus de réflexion et d'action en faveur de la nutrition.

Le programme "Je mange bien à l'école", initié par le S.P.E.O.L. en 1990, poursuit cet objectif d'amélioration de l'environnement nutritionnel dans nos écoles maternelles, primaires et secondaires. Pour atteindre cet objectif, le programme "Je mange bien à l'école" propose une aide méthodologique aux enseignants, aux directeurs d'écoles, aux économistes, aux parents et aux élèves souhaitant s'engager dans cette voie.

Très concrètement, il met à leur disposition un questionnaire qui permet d'établir un diagnostic de l'environnement nutritionnel, mais il offre aussi une liste de propositions d'actions à réaliser et de moyens pour les évaluer. En outre, à partir de septembre 1993, le programme "Je mange bien à l'école" organise, localement, des formations de "conseillers", qui s'adressent aux professionnels susceptibles d'aider les écoles à développer des projets de ce type.

Ce document a pour but de présenter comment s'est développé le programme "Je mange bien à l'école" et comment il peut être appliqué en milieu scolaire.

## II. Les fondements du programme "Je mange bien à l'école"

### 1. L'historique du programme

Le S.P.E.O.L.-A.S.B.L., Secrétariat Permanent de l'Enfant des Organisations Liégeoises, est le promoteur du programme.

Créée en 1979 dans le prolongement de l'Année Internationale de l'Enfant, cette association s'est donnée comme objectif de rassembler les efforts de différents secteurs concernés par l'enfance.

Ayant choisi les limites de la Province de Liège comme modèle, le S.P.E.O.L. a lancé en 1990 la phase pilote d'un programme d'envergure pour améliorer l'alimentation des enfants dans les écoles. Ce programme a pu être réalisé grâce au soutien du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé de la Communauté française de Belgique.

Pour le mener à bien, le S.P.E.O.L. s'est adjoint la collaboration de différents organismes: l'A.P.E.S. (Association pour la Promotion de l'Education pour la Santé), le C.E.R.E.S. (Centre d'Enseignement et de Recherche en Education pour la Santé de l'Université de Liège), l'I.C.A.N. (Institut Communautaire de l'Alimentation et de la Nutrition), le S.E.S. (Service Education pour la Santé de Huy), les C.L.C. (Commissions Locales de Coordination en Education pour la santé).

Expérimenté en 1990-1991 dans 45 écoles réparties dans la Province de Liège, en 1992-1993 dans une vingtaine d'écoles de la Communauté germanophone de Belgique, le programme est actuellement entré dans une phase d'extension à la Communauté française.

### 2. Les objectifs du programme

Le programme "Je mange bien à l'école" vise à créer un large mouvement d'amélioration de l'environnement nutritionnel à l'école grâce au développement, dans et par les établissements, de projets adaptés à leurs problèmes spécifiques.

Ces projets menés par les écoles devraient entraîner l'amélioration effective des conduites alimentaires des jeunes scolarisés, la modification de l'environnement nutritionnel dans ses différentes composantes, ainsi que l'implication

des divers acteurs de la communauté éducative.

L'objectif ultime de ces actions est l'adoption de conduites alimentaires plus responsables et plus équilibrées, ce qui implique une meilleure maîtrise des facteurs psychosociaux et environnementaux qui influencent l'alimentation.

Pratiquement, le programme "Je mange bien à l'école" devrait être appliqué, d'ici fin 1995, dans 300 écoles de la Communauté française: 80.000 élèves de 3 à 20 ans seraient concernés.

### 3. Le concept d'environnement nutritionnel

L'action "Je mange bien à l'école" utilise le concept d'**environnement nutritionnel** de préférence à des termes tels que alimentation ou nutrition.

D'une manière large, l'environnement nutritionnel regroupe tous les aspects touchant à l'alimentation. Améliorer l'environnement nutritionnel à l'école requiert une approche globale, qui intègre plusieurs de ces aspects. Pour juger de la plus ou moins grande qualité de l'environnement nutritionnel d'une école, on se réfère à trois types de critères.

**Critères diététiques:** la valeur nutritive des aliments proposés ou consommés à l'école, la composition des différents repas, la possibilité pour les élèves de réaliser leur équilibre alimentaire sur la journée,...

**Critères de bien-être,** c'est-à-dire tout ce qui touche au contexte des repas et des collations: l'aménagement de l'espace où l'on mange, le décor, le temps consacré au repas, l'ambiance sonore, l'hygiène, la convivialité, la présentation des plats,...

**Critères éducatifs,** c'est-à-dire les différents types d'actions, dans le cadre des cours ou en dehors de ceux-ci, qui visent à aider les enfants à acquérir de bonnes habitudes alimentaires, à avoir un regard critique sur ce qu'ils mangent, des réflexes d'hygiène, le souci du bien-être lié aux repas, ...

## V. Comment participer au programme "Je mange bien à l'école"?

Le programme "Je mange bien à l'école" sera étendu à l'ensemble de la Communauté française à partir de septembre 1993. Les plaques tournantes de cette extension seront les Commissions locales de Coordination en Education pour la Santé (C.L.C.).

Si ce programme vous intéresse, adressez-vous à la C.L.C. de votre secteur, qui vous fournira de la documentation sur le programme et vous renseignera sur les possibilités de participation les mieux adaptées à vos intérêts et à votre cadre de travail.

**Vous appartenez à une communauté éducative: vous êtes enseignant, parent d'élèves, éducateur, directeur, économiste, membre du pouvoir organisateur,...**

La C.L.C. vous fournira de la documentation sur le programme "Je mange bien à l'école" et sur d'autres brochures ou programmes d'éducation nutritionnelle. Eventuellement, elle vous mettra en contact avec une personne susceptible de vous aider à développer ce projet dans votre école, c'est-à-dire avec un "Conseiller". Elle vous tiendra informé des possibilités de formation qui vous seront destinées en 1994 et 1995.

**Vous appartenez à un organisme parascolaire: vous êtes psychologue, assistant social, infirmière, médecin d'un centre P.M.S. ou I.M.S., animateur d'une Z.E.P. ou d'un organisme d'éducation pour la santé, diététicien intéressé par l'éducation nutritionnelle, enseignant détaché dans un centre de formation, ... et vous souhaitez aider les écoles à développer une démarche inspirée du programme "Je mange bien à l'école"**

La C.L.C. vous indiquera les possibilités de formation de "Conseiller" organisées par le program-

me "Je mange bien à l'école". Ces formations sont organisées localement en petits groupes d'une dizaine de personnes, qui peuvent être de professions différentes et appartenir à des organismes ou institutions différents. Actuellement ces formations sont gratuites, car elles bénéficient d'un soutien de la Communauté Européenne (programme "L'Europe contre le Cancer") et de la Communauté française de Belgique (Secteur Santé).

Un cycle de formation se répartit sur une année scolaire. Il comprend trois journées d'initiation, planifiées à la meilleure convenance des participants, et une séance de supervision mensuelle.

Les journées d'initiation sont organisées dans chaque C.L.C. sur base d'un canevas commun: présentation des principes fondateurs du programme, analyse d'exemples d'application du programme, références diététiques, travail sur les éléments de base de l'intervention des conseillers dans les écoles, etc. Ce programme subira des adaptations en fonction du profil, des demandes et des besoins spécifiques à chaque groupe local.

Les personnes qui s'inscrivent à cette formation s'engagent à prendre en charge l'application du programme dans une à trois écoles. Les supervisions mensuelles remplissent alors une fonction de formation continue: les participants y rapportent les difficultés rencontrées dans l'application concrète du programme et dans l'exécution de leur mission de conseiller. Ces difficultés sont l'occasion d'approfondir certaines stratégies du programme "Je mange bien à l'école".

L'organisation de ces formations sur le plan local vise à créer un effet multiplicateur, afin que les options et stratégies du programme "Je mange bien à l'école" s'intègrent progressivement dans les pratiques professionnelles des intervenants en éducation pour la santé et soient appliquées dans un nombre croissant d'écoles.

## Des exemples

Beaucoup d'écoles ayant organisé la vente d'aliments plus sains aux récréations ont pu poursuivre leurs projets tout en les aménageant: des roulements pour les différents responsables, des solutions telles que des services de livraison à domicile pour les approvisionnements réguliers, et la responsabilité de la comptabilité prise totalement en charge par les élèves (y compris l'ouverture d'un compte en banque) ont permis à ce type de projet de se maintenir sans peser trop lourdement sur les épaules d'une seule personne.

La gestion des bénéfices par les élèves a évidemment contribué à maintenir leur intérêt pour ce type d'action surtout si elle débouchait sur des renforcements tels que l'achat de livres, de matériel, ou le financement partiel d'excursions scolaires, et ce, quel que soit le niveau d'enseignement, primaire ou secondaire.

Des projets concernant l'hygiène des mains et la propreté des lieux où l'on mange se sont aussi très bien maintenus dans tous les cas où l'installation de ces projets avait été envisagée à long terme: des écoles qui avaient fait installer ou rénover des lavabos près des réfectoires ont vu leurs efforts porter leurs fruits. En effet, pour peu que l'achat du savon ait été associé à l'entretien général de l'école, et que la lessive des serviettes ait trouvé une solution à long terme (prise en charge par des parents actifs, ou par les enseignants...) les enfants ont continué presque naturellement à se laver les mains.

Il en est de même quant à la propreté des lieux où l'on mange. Une fois le premier pas accompli dans l'installation de bonnes habitudes, le matériel minimum acquis, et un peu de vigilance des éducateurs, les enfants ont continué de bonne grâce à utiliser les poubelles, les poubelles de table, les éponges et le détergent, conscients eux aussi du bien-être supplémentaire que cela leur procurait.

Des projets de ce type ont parfois même dépassé leur stade initial: des déchets, les enfants sont passés à une plus large réflexion sur l'environnement, le conditionnement des produits, le recyclage des ordures, la pollution en général, ...

Ils ont aussi dépassé le cadre de l'école pour atteindre la famille, la commune, ...

Des enseignants d'écoles maternelles ont aussi maintenu avec beaucoup d'enthousiasme les petits déjeuners et les goûters à l'occasion des garderies du matin et du soir.

Ainsi, les enfants qui arrivent très tôt à l'école ont continué à prendre les tartines qu'ils n'avaient pas eu le temps de manger à la maison. Parfois, les écoles ont fait un pas de plus en prévoyant les moyens pour réchauffer le lait, faire des tartines et ont ainsi transformé la garderie un peu triste du matin en un moment convivial et agréable, tant pour les enfants que pour les surveillants, mais aussi pour les enseignants qui se joignent parfois à eux.

En 1990, une **enquête** a été menée auprès des écoles situées sur le territoire de la province de Liège. Le dépouillement des réponses au questionnaire, renvoyé par 93 établissements, a permis d'identifier des objectifs prioritaires pour améliorer leur environnement nutritionnel.

### **améliorer la qualité des produits proposés à l'école, notamment**

diminuer la vente de fantaisies chocolatées, de snacks sucrés ou salés, de limonades ou de frites;

augmenter la distribution de barres de céréales, de lait nature, de potage;

encourager la consommation d'eau pendant les repas et les collations;

offrir la possibilité de boire de l'eau, même en dehors des repas, par exemple après le cours d'éducation physique;

mettre en place les conditions pour organiser des repas chauds plus équilibrés, surtout dans les écoles primaires (fruits, légumes, desserts lactés).

### **améliorer le contexte matériel et social des repas et collations, notamment**

réserver un lieu et un moment pour consommer les collations (en classe avant la récréation ou dans une salle de détente);

mettre en place les conditions d'un meilleur entretien des réfectoires et cantines, surtout dans les écoles primaires;

envisager les modalités d'un meilleur encadrement éducatif des élèves durant les repas.

### **développer des activités pédagogiques ...**

*...qui favorisent la pratique à l'école de comportements alimentaires positifs, par exemple*

faire prendre en charge par les élèves le choix, la promotion et la vente de collations saines ainsi que la gestion des bénéfices réalisés;

faire participer les élèves à l'élaboration des menus servis au restaurant scolaire ou à la préparation de certains suppléments servis au réfectoire (potage, sandwiches,...);

proposer aux élèves un tableau journalier qui les aide à varier les collations consommées sur la semaine;

associer les élèves aux aménagements et à la maintenance du restaurant scolaire (décoration, disposition des tables, service,...) afin d'en augmenter la convivialité.

### *...qui abordent l'alimentation sous des aspects différents, par exemple*

initier les élèves à des goûts ou à des aliments moins habituels;

développer l'esprit critique des élèves par rapport aux produits disponibles (analyse de la composition, de l'emballage, de l'origine,...);

faire prendre conscience des différences de conduites alimentaires selon les cultures (perspective géographique et historique) et des éléments qui expliquent ces différences.

### *... qui associent les divers partenaires de la communauté éducative, par exemple*

informer les parents des critères décidés avec les enfants pour le choix d'une bonne collation;

associer éducateurs et économiste à la réflexion des élèves sur le restaurant scolaire (composition des menus, ambiance,...),

inviter les parents, mais aussi d'autres membres de la communauté locale (diététicien, médecin, épicière, grands-parents,...) à la dégustation d'un petit déjeuner ou d'un lunch équilibré.

Cette approche globale de l'environnement nutritionnel impose certains choix méthodologiques. Elle suppose que l'école adopte à l'égard de l'alimentation une démarche planifiée, ou autrement dit un "projet". Elle exige également une ouverture par rapport aux besoins, aux priorités ou aux pratiques habituelles des établissements scolaires considérés dans toutes leurs spécificités. Elle s'enrichit enfin de l'intégration des autres supports et programmes d'éducation nutritionnelle diffusés dans nos régions. Les stratégies développées par le programme "Je mange bien à l'école" tentent de rencontrer ces exigences.



# III. L'application du programme dans une école

## 1. Le déroulement d'un projet dans une école

Le programme propose aux écoles la démarche suivante:

### - Première étape : analyse de la situation

Les écoles réalisent une **auto-évaluation** de la situation de leur environnement nutritionnel. Effectuée à l'aide du questionnaire conçu par le programme, cette évaluation leur permet de prendre conscience des problèmes prioritaires et de les préciser.

### - Deuxième étape : préparation de l'action

Après avoir analysé leur situation, les écoles identifient trois priorités d'action susceptibles de répondre à leurs besoins. Le choix de ces projets se fait sur base d'une série de pistes d'actions réparties en différents domaines et proposées aux écoles. Après avoir défini leurs objectifs, les écoles rassemblent les partenaires et les moyens matériels nécessaires, choisissent et planifient les différentes activités dans le temps. Préparation et réalisation des actions s'étalent souvent sur une année scolaire.

Dans le programme "Je mange bien à l'école", l'accent est mis sur la participation active des divers partenaires de la communauté éducative (enseignants, éducateurs, parents, agents I.M.S., P.M.S., ...). Les élèves sont également invités à participer à toutes les étapes des projets, depuis l'analyse de la situation jusqu'à l'évaluation.

Dans la mesure du possible, ces partenaires constituent un groupe de travail et définissent des projets qui concernent plusieurs classes, voire toute l'école. Ils choisissent alors parmi eux un coordonnateur, qui veillera à la cohérence des actions placées sous la responsabilité de différents partenaires et à la bonne exécution des décisions prises par le groupe de travail.

### - Troisième étape : réalisation de l'action

Lors de cette étape, les projets se concrétisent par la réalisation des activités prévues, auxquelles les membres de la communauté éducative prennent une part active.

Le programme "Je mange bien à l'école" estime essentiel que se développe dans l'école un souci permanent de régulation des actions, afin d'identifier les difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre des projets et de construire les solutions pour y remédier.

### - Quatrième étape : évaluation de l'action

En fin d'action, l'évaluation porte sur les résultats obtenus. Les écoles ont-elles progressé par rapport à leur situation de départ ? Les objectifs qu'elles s'étaient fixés ont-ils été atteints ? Quelles stratégies ont été développées pour les atteindre ?

Concrètement, cette évaluation s'effectue en comparant les réponses au questionnaire d'auto-évaluation, rempli par les écoles en début et en fin d'action. En outre, dans de nombreuses écoles, les enseignants élaborent des outils d'évaluation complémentaires qui permettent aux élèves d'apprécier leurs propres progrès.

Pour soutenir les écoles dans le développement de cette démarche, le programme "Je mange bien à l'école" met à leur disposition:

- **des supports** (documents de base): questionnaire d'auto-évaluation, pistes d'action, pistes d'évaluation.

- **un soutien** méthodologique par des "Conseillers" spécialement formés: diététiciens, infirmières, psychologues, assistants sociaux, animateurs, enseignants,...

En outre le programme veille à créer, dans l'opinion publique et auprès des forces politiques et sociales, un large mouvement d'intérêt pour l'alimentation à l'école, afin que les écoles participantes soient soutenues et encouragées par la communauté locale.

### Expérience vécue ... ... autour de la garderie

Des élèves d'une école primaire ont réalisé une enquête afin de savoir déjeunait et comment. L'analyse des résultats a révélé plusieurs problèmes: des élèves arrivaient à l'école sans avoir déjeuné, certains étaient présents depuis 7 h 15 et attendaient dans le couloir.

Une infrastructure qui permette aux élèves de déjeuner à l'école a dès lors été créée: un coin cuisine a pu être installé grâce à l'association des parents qui, avec les enseignants, a élaboré un plan, acheté les matériaux, fourni des meubles de récupération et réalisé les travaux.

### Expérience vécue ... ... autour des activités pédagogiques

Dans une école secondaire, des activités pédagogiques ont été mises sur pied par les élèves pour les élèves: un groupe d'une dizaine d'élèves du premier degré a reçu une information dispensée par leurs aînés sur l'importance et l'équilibre du petit déjeuner. En vue de concrétiser les informations reçues, un petit déjeuner a été élaboré par les plus jeunes qui, avec l'aide des élèves "instructeurs", ont appris à équilibrer eux-mêmes leur repas.

### Expérience vécue ... ... autour de la formation des adultes

Une école maternelle et primaire a voulu, tout au long de l'action, informer et faire participer les adultes. Un médecin et une diététicienne ont, avec les enseignants, élaboré un questionnaire pour connaître les habitudes alimentaires des enfants et de leurs parents. Dans des ateliers santé, les parents ont appris à réaliser des recettes saines. Lors d'un petit déjeuner, les enfants ont conseillé leurs parents sur le choix des produits. A l'occasion d'une fête organisée à leur intention, les grands-parents ont également été invités à soutenir les enfants, par exemple, en leur offrant d'autres produits que des bonbons sucrés.

## 4. Des éléments d'évaluation

De nombreux professionnels qui ont développé des activités d'éducation nutritionnelle à l'école formulent deux regrets: d'un côté, les effets de leurs interventions sont limités dans le temps; de l'autre ces activités restent occasionnelles, elles ne sont pas intégrées dans la vie scolaire courante. Le programme "Je mange bien à l'école" réussit-il à surmonter ces deux limites?

Le bilan de la phase pilote menée dans la Province de Liège a montré que le programme "Je mange bien à l'école" est apte à stimuler le développement de projets et à aboutir à des modifications positives et durables de l'environnement nutritionnel dans les écoles.

## Des résultats

**Le concours "Je mange bien à l'école" s'est clôturé en mars 1991.**

L'évaluation réalisée à ce moment auprès de 33 écoles participantes, ou *évaluation à court terme*, a mis en évidence des progrès dans les sept champs d'action proposés. Les progrès paraissent surtout importants et homogènes sur les dimensions suivantes:

- la qualité nutritionnelle des produits, surtout des aliments distribués aux collations;
- la possibilité de consommer de l'eau de distribution au repas-tartines;
- la participation des élèves à tous les niveaux des projets;
- le confort sonore, l'hygiène des mains, l'entretien des tables et du sol des réfectoires;
- l'information des parents;
- la distribution de boissons à la garderie.

En outre un effet "boule de neige" a été enregistré: les écoles ont progressé aussi par rapport à des objectifs qu'elles n'avaient pas retenus au départ parmi leurs priorités.

### Deux ans plus tard, que reste-t-il dans les écoles qui y ont participé ?

Trente écoles ont accepté une interview entre avril et juin 1993. Parmi les renseignements recueillis à cette occasion, mentionnons deux résultats significatifs:

- une amélioration est toujours apparente pour deux tiers de l'ensemble des priorités définies par ces écoles au début du concours;
- par rapport à la situation enregistrée à la fin du concours, un tiers de ces écoles ont mis en place de nouvelles actions en lien avec l'amélioration de l'environnement nutritionnel.

Ainsi les actions qui avaient été choisies à l'occasion du programme "Je mange bien à l'école" se retrouvent encore deux ans plus tard. Mais elles ont souvent été améliorées, étendues ou simplifiées dans la mesure où, en allégeant, en rendant plus performant et plus efficace le travail des enseignants et des élèves, les projets ont pu trouver leur forme presque définitive pour se maintenir dans la vie quotidienne des écoles.

Trois journées de formation ont été organisées pour les équipes I.M.S. et P.M.S. afin qu'elles puissent assurer le **conseil méthodologique auprès des écoles**. Deux professeurs de cuisine de collectivités ont été associés à ce groupe de conseillers, pour fournir des références en matière diététique.

Durant les années scolaires 1991-1992 et 1992-1993, ce groupe s'est réuni une douzaine de fois, sous la guidance d'un coordonnateur du programme "*Je mange bien à l'école*". Ces séances de "supervision" étaient consacrées à l'analyse des cas concrets rencontrés par les conseillers dans les écoles. Ces séances permettaient donc d'approfondir la formation de conseiller, mais elles fournissaient en outre des éléments d'information intéressants pour adapter les stratégies et supports de base du programme "*Je mange bien à l'école*".

C'est ainsi qu'est rapidement apparue une sensibilité particulière par rapport aux liens entre alimentation et protection de l'environnement. La possibilité a donc été laissée aux écoles de consacrer une de leurs trois priorités à ce nouveau champ d'action: réutilisation des déchets organiques dans un compost, limitation des emballages par l'emploi de gourdes et de boîtes à tartines, etc.

Six écoles ont participé au programme en 1991-1992 et 16 écoles en 1992-1993. En outre, les conseillers aident d'autres écoles à développer des actions selon les mêmes options, même en dehors du cadre du concours.

### 3. Des exemples vécus dans les écoles

#### *Expérience vécue ... ... autour de la collation*

Des élèves d'une école maternelle ont été sensibilisés à choisir leur 10 h en fonction de leur petit déjeuner.

Après avoir découvert les quatre familles d'aliments nécessaires à un bon petit déjeuner, les enfants ont réalisé des supports concrets: des affiches, un calendrier des fruits de saison, un jeu "pétales-affiches" qui sert de référence pour choisir la collation. Les enfants ont été invités à transmettre leurs nouvelles connaissances, notamment par l'élaboration d'un spectacle pour leur famille. L'épicière du bout de la rue a accepté de collaborer au projet et a installé avec les élèves un rayon "bons 10 h points verts" qui recueille beaucoup de succès.

#### *Expériences vécues ... ... autour du repas tartines*

Dans une école fondamentale, des enfants ont participé à l'hygiène et à la décoration du réfectoire. Un "comité d'hygiène" a été mis sur pied dans ce but. Il réunit chaque mois des élèves représentant les différentes classes et un enseignant. Leur rôle consiste à analyser les problèmes et à rechercher des solutions. De nombreuses améliorations ont été proposées: la réalisation de poubelles attractives dans la cour de récréation, de petites poubelles de table pour le réfectoire, de panneaux informatifs et décoratifs, de sets de table personnalisés en toile cirée, ... Les parents ont été sollicités pour financer l'achat de matériel d'entretien utilisé par les élèves (lavettes, seaux, ...), pour lessiver à tour de rôle les serviettes placées près des éviers et pour procurer à l'école des gobelets et des cruches d'eau.

Après avoir réalisé une enquête sur la qualité des repas tartines habituels, des élèves d'une école secondaire ont décidé de proposer des sandwiches plus sains chaque jour à midi. Ils ont totalement pris en charge la préparation de ces sandwiches (prise de commandes le matin, achat des ingrédients, confection, vente) en collaboration avec plusieurs professeurs (le professeur de mathématique pour les achats et les comptes, le professeur de cuisine pour la préparation). Un roulement entre les différentes classes a permis un allègement des tâches à effectuer et donc plus de chance de les voir se prolonger dans le temps.

#### *Expérience vécue ... ... autour des repas chauds*

Au sein d'un internat d'une école secondaire, l'amélioration de l'équilibre alimentaire journalier a été choisi comme objectif à atteindre, à savoir: ne pas proposer des fritures plus d'une fois par semaine, être attentif à la qualité de la préparation des plats en sauce et à la teneur en graisse, promouvoir le poisson, les légumes frais ou surgelés, les fruits ou les desserts lactés.

Le choix de ces objectifs a été effectué après analyse des menus existants. La réalisation de ce projet a vu intervenir toute une équipe d'intervenants: les éducateurs, le professeur de sciences, le responsable de l'internat, le cuisinier, l'économiste. De plus, la diététicienne qui assurait l'encadrement méthodologique a prodigué ses conseils à l'équipe. Les élèves ont participé activement à cette amélioration en donnant leur avis sur les menus servis et en formulant des suggestions dont le cuisinier a tenu compte.

### 2. Deux supports de base: le questionnaire d'auto-évaluation et les pistes d'action

Le **questionnaire d'auto-évaluation** et les **pistes d'action** ont été conçus pour stimuler les écoles à construire des projets globaux d'amélioration de l'environnement nutritionnel. Ils sont utilisés de façon complémentaire.

Le questionnaire aide les partenaires à réaliser un état des lieux de l'environnement nutritionnel de leur école. La confrontation des réponses au questionnaire avec les pistes d'action leur permet de prendre conscience et de préciser les problèmes prioritaires auxquels ils pourraient remédier. Les pistes d'action définissent des "standards" vers lesquels il faut tendre pour obtenir un environnement nutritionnel satisfaisant.

Questionnaire et pistes d'action sont structurés autour de sept champs d'action. Les champs d'action représentent les grands "moments" et "lieux" de la vie scolaire concernés par l'alimentation ou l'éducation nutritionnelle: la collation, le repas-tartine, le repas chaud, les activités pédagogiques, les repas et collations lors des garderies, l'approvisionnement aux abords de l'école, les (in)formations des adultes. Dans chacun de ces champs d'action, le programme a sélectionné une série de pistes d'actions relatives à la diététique, au bien-être entourant les repas ou aux interventions d'ordre éducatif. Un schéma reprend la structure générale de ces propositions (voir page 8).

Ces deux supports (questionnaire d'auto-évaluation et pistes d'action) fournissent donc un cadre, à l'intérieur duquel chaque école élabore un projet "sur mesure" qui correspond à ses priorités, à ses contraintes et à son public spécifique. C'est un programme à la carte. Certains champs d'action tels que la diminution et le recyclage des déchets peuvent être ajoutés à l'initiative des écoles.

Par ailleurs, dans le but d'aider les écoles à préciser davantage leurs projets, un **répertoire d'actions** est mis à leur disposition. Ce document suggère, pour chacun des sept champs d'action une série d'activités concrètes déjà réalisées dans d'autres écoles.

Au fil de son développement, le programme "*Je mange bien à l'école*" veille à élargir l'éventail des ressources et supports mis à la disposition des

écoles et des conseillers: fiches pour la planification et la régulation des actions, dossier sur des thèmes spécifiques, comptes rendus détaillés de projets réalisés dans d'autres écoles, pistes pour l'évaluation, etc.

### 3. Le conseil méthodologique

Les conseillers sont disponibles tout au long du programme, depuis l'analyse de la situation jusqu'à l'évaluation et la formulation de nouveaux projets. Généralement, ils interviennent à la demande, suivant le besoin des écoles.

Une de leurs fonctions essentielles concerne la **motivation** des équipes éducatives: leur faire prendre conscience de l'importance de l'éducation nutritionnelle à l'école et susciter chez elles la volonté de développer des projets constituent les objectifs prioritaires des conseillers.

Ceux-ci ont aussi pour mission d'aider les participants à choisir et à définir leur(s) projet(s). Ils les orientent vers des ressources humaines ou matérielles adéquates, les aident à planifier leurs activités, à trouver des solutions pour surmonter les obstacles, à réaliser l'évaluation ainsi que les réajustements nécessaires. Ils leur fournissent également des informations d'ordre diététique, par rapport aux produits consommés à l'école et aux besoins nutritionnels des élèves.

Dans la plupart des cas, ce rôle de conseiller est assuré par un relais externe à l'école, qui soutiendra celle-ci sans intervenir de manière directe dans la réalisation de ses activités: une assistante sociale, un psychologue, une infirmière des centres P.M.S. ou I.M.S.; un animateur de Z.E.P.; un intervenant d'un organisme d'éducation pour la santé; un enseignant chargé de mission au sein d'un réseau; etc.

L'action pilote menée en Province de Liège en 90-91 a montré que l'intervention des conseillers joue un rôle primordial dans le développement des projets par les écoles. Elle a également montré que cette intervention nécessitait des compétences variées (diététique, écoute, connaissance des ressources, compétences pour planifier un projet d'éducation nutritionnelle...). C'est pourquoi, à partir de septembre 1993, des formations sont proposées par le programme "*Je mange bien à l'école*", aux personnes qui souhaiteraient assurer ce rôle de conseiller.



## Pistes d'action

### 1. La collation

- 1.1. Lieu et temps
- 1.2. Boissons
- 1.3. Collation
- 1.4. Participation des élèves
- 1.5. Intervention éducative

### 2. Le repas-tartines

- 2.1. Lieu et temps
- 2.2. Hygiène
- 2.3. Personnel d'encadrement
- 2.4. Boissons
- 2.5. Aliments proposés en complément
- 2.6. Participation des élèves

### 3. Le repas chaud

- 3.1. Lieu et temps
- 3.2. Hygiène
- 3.3. Personnel d'encadrement
- 3.4. Boissons
- 3.5. Aliments
- 3.6. Participation des élèves
- 3.7. Organisation du travail

### 4. Les activités pédagogiques

- 4.1. Fréquence
- 4.2. Objectifs
- 4.3. Références

### 5. La garderie

- 5.1. Lieu et temps
- 5.2. Boissons
- 5.3. Aliments

### 6. L'approvisionnement aux abords de l'école

- 6.1. Réglementation
- 6.2. Compétitivité
- 6.3. Information

### 7. La formation des adultes

- 7.1. Information sur l'alimentation à l'école
- 7.2. Information sur l'alimentation en général
- 7.3. Participation

## IV. Les expériences pilotes

### 1. Le concours interscolaire en province de Liège

La phase pilote du programme "Je mange bien à l'école" a été organisée sous la forme d'un concours interscolaire proposé en 1990-1991 à l'ensemble des écoles primaires et secondaires de la Province de Liège.

Trente-sept d'entre elles ont participé au concours. Ces écoles ont, sur base de leurs réponses au questionnaire d'auto-évaluation, choisi **trois domaines d'action** parmi les sept proposés dans la liste des suggestions d'actions. Elles ont ensuite, dans chacun de ces trois domaines, élaboré **un projet spécifique défini en termes d'objectifs à atteindre**.

Parmi les écoles participantes, on trouve deux tiers d'écoles primaires et un tiers d'établissements secondaires. Des écoles de toutes tailles et de tous les réseaux ont participé à cette expérience pilote: écoles de milieux modestes, de régions rurales, d'enseignement spécial ou grosses entités scolaires urbaines.

Les projets élaborés ont concerné dans l'ordre décroissant:

- les collations: 32 écoles
- les repas froids: 30 écoles
- les activités pédagogiques: 28 écoles
- la formation des adultes: 16 écoles
- les repas chauds: 8 écoles
- la garderie: 5 écoles.

Les écoles ont développé leurs projets pendant toute une année, d'avril 1990 à mars 1991. Pour ce faire, elles ont bénéficié des services de deux conseillers méthodologiques: un diététicien et un pédagogue spécialisé en éducation pour la santé. **L'intervention des conseillers** a été variable d'une école à l'autre, elle s'est adaptée aux besoins et à la demande, sans toutefois dépasser dix séances de travail par école (rencontres, réunions, ou contacts téléphoniques).

Il est important de noter que **les stratégies** mises en oeuvre par les écoles se caractérisent par leur extrême variété, par leur richesse et parfois par leur originalité. On n'observe pas d'action "recette" susceptible de résoudre le même type de problèmes partout, mais des projets adaptés aux besoins et aux possibilités de chaque communauté scolaire. Les actions développées

par ces écoles sont rassemblées dans un répertoire, disponible au S.P.E.O.L., à l'I.C.A.N. et dans les Commissions Locales de Coordination en Education pour la Santé.

Au terme du programme, un jury a examiné les projets réalisés par les écoles, sur la base des dossiers qu'elles avaient confectionnés et de visites sur le terrain. L'accent a été mis sur les gains relatifs: dans quelle mesure les projets ont-ils permis d'améliorer la position des écoles sur une série d'indicateurs en rapport avec l'environnement nutritionnel?

Douze critères d'évaluation ont été choisis pour objectiver les résultats: la qualité des collations, la qualité des repas, le confort, l'hygiène, la participation des élèves, la portée éducative des interventions, la pluridisciplinarité des collaborations mises en oeuvre, l'effet des actions sur l'entourage, l'implication des parents, les liens entre les actions et des préoccupations pour la santé des élèves, la convivialité, les possibilités de poursuivre l'action.

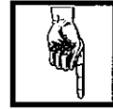
A la suite de cette analyse, le jury a désigné six écoles lauréates: deux pour le niveau primaire, deux pour le niveau secondaire, une pour l'enseignement spécial et un "Grand prix du Jury". Chacune de ces écoles a reçu un prix de 50.000 F.

### 2. L'application du programme en communauté germanophone

Sous l'impulsion de divers responsables de l'éducation et de la santé en milieu scolaire de la Communauté germanophone de Belgique, le programme "Je mange bien à l'école" y a débuté en juin 1991, **pour une durée de trois ans**.

Les écoles ont donc la possibilité de s'inscrire dans le programme plusieurs années consécutives, et de progresser par étapes vers un meilleur environnement nutritionnel. Toute école qui peut montrer qu'elle a atteint, même partiellement les trois objectifs choisis au début de l'année scolaire se voit attribuer une récompense d'une valeur minimale de 10.000 F.

La méthodologie globale du programme a bien sûr été conservée. Les documents de base (questionnaire d'auto-évaluation et pistes d'action) ont été traduits en allemand et adaptés au contexte local.



- **I.E.I.A.S.**  
rue du Débarcadère, 179  
6001 MARCINELLE

- **Educa-Santé** (P002)  
avenue Général Michel, 1b  
6000 CHARLEROI



La cassette doit être considérée comme un support à une animation favorisant une analyse critique du domicile et des comportements personnels. Elle est accompagnée d'un guide d'animation.



Sensibiliser les personnes âgées à leur propre sécurité. La sécurité des petits enfants y est également abordée mais ne constitue pas l'objectif principal de cette vidéo.



**Cassette vidéo** de 22 minutes qui présente des informations concernant les accidents domestiques (données épidémiologiques) et les risques pour les enfants et les personnes âgées. Ceci est retracé à travers une histoire fictive et des témoignages. Elle propose plusieurs possibilités d'aménagement de l'environnement pour limiter au maximum les risques d'accident.



**Auteurs** : Carine LORENT, Luigi TRUPPIA  
**Editeurs** : I.E.I.A.S.  
**Lieu d'édition** : Marcynelle  
**Date d'édition** : 1991

## Des chemins sans risque dans la maison



## Parlons sécurité à l'école !



**Auteurs** : E. MOTTE & M.C. DEMEURE  
**Editeurs** : Service Education pour la Santé de la Croix-Rouge de Belgique  
**Lieu d'édition** : Bruxelles  
**Date d'édition** : 1991

**Dossier pédagogique** comportant un ouvrage de 150 pages qui se compose de 3 parties :

- présentation du projet d'éducation pour la santé de la Croix-Rouge, permettant à l'enseignant de cerner le contexte de son action;
- dossier théorique suscitant la réflexion autour des concepts d'accident et de prévention;
- approche pratique constituée de 3 séquences d'apprentissage et accompagnée d'une farde contenant des illustrations.

Apporter les informations et les outils nécessaires aux **éducateurs et enseignants** qui souhaitent pratiquer l'éducation à la "sécurité domestique".

Destiné aux enseignants des **2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> degré** de l'enseignement primaire et aux éducateurs qui ont la charge d'enfants de **8 à 12 ans**.

- **Croix-Rouge de Belgique** -  
**Service Education pour la Santé**

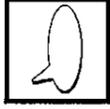
Chaussée de Vleurgat, 84  
1050 BRUXELLES

- **Educa-Santé** (ACD063)  
avenue Général Michel, 1b  
6000 CHARLEROI



- **O.N.E. - Service Education pour la Santé**  
Domaine de Chastre  
route de Gembloux, 2  
1450 CORTIL NOIRMONT

- **Educa-Santé** (A46)  
avenue Général Michel, 1b  
6000 CHARLEROI



**Tout public**



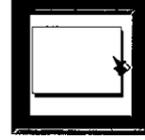
Rappeler le ramonage annuel des cheminées



**Affiche** de format A3 en couleur



**Auteurs** : Service Education pour la Santé de l'ONE  
**Editeurs** : ONE  
**Lieu d'édition** : Bruxelles  
**Date d'édition** : 1992



## Faite ramoner votre cheminée chaque année

## Prudence !



**Editeurs** : Clementoni s.p.a. - Dujardin International  
**Lieu d'édition** : Ricanati (I) - Saint-Cloud (F)

**Jeu** comprenant un plateau électrique illustré, 5 disques illustrés chacun de 16 images, 52 jetons de 1 ou 2 points, 1 livret explicatif français-anglais. Une pile de 1,5v de type LR14 est nécessaire.

Apprendre aux enfants à distinguer les situations où ils sont en danger ou en sécurité, à juger des risques et à être prudents.

Outil d'apprentissage divertissant **destiné aux enfants de 4 à 10 ans** qui explique simplement diverses situations de la vie quotidienne. Il peut se jouer seul ou à plusieurs (6 joueurs), en famille ou à l'école. Les enfants peuvent jouer sans l'aide d'un adulte. Le jeu est une occasion de parler des **risques de la vie quotidienne**.

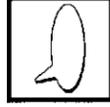
- **Educa-Santé** (D028)  
avenue Général Michel, 1b  
6000 CHARLEROI





**- Institut Belge pour la Sécurité Routière**  
chaussée de Haecht, 1405  
1130 BRUXELLES

**- Educa-Santé (D001)**  
avenue Général Michel, 1b  
6000 CHARLEROI



Lors de l'exploitation du poster, il est conseillé de travailler surtout sur les signaux que les enfants rencontrent le plus souvent dans les environs de l'école, dans le quartier, dans la commune.

Trois leçons peuvent être développées : la leçon théorique, la leçon pratique en milieu protégé et la leçon pratique en situation réelle.



Aider l'enseignant à améliorer la connaissance et l'utilisation du langage de la route chez les enfants.

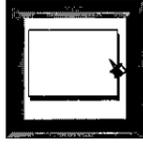


**Poster** de 1m/0,70m qui présente des signaux routiers pertinents pour les enfants, accompagné d'une **brochure** de 20 pages qui donne la signification des signaux routiers et qui propose des activités d'exploitation.



**Editeurs** : Institut Belge pour la Sécurité Routière  
**Lieu d'édition** : Bruxelles  
**Date d'édition** : 1991

## Les signaux routiers présentés aux enfants



## Bellesecure



**Auteurs** : A.D.E.I.C. - F.E.N.  
**Editeurs** : Logedic  
**Lieu d'édition** : Vesoul



**Disquette** 5¼" ou 3½" accompagnée d'un manuel d'utilisation. Version PC. Utilisation facultative de la souris. Durée totale du jeu : 1 heure. Six lieux de la maison et 16 situations dangereuses sont traités.



- Sensibiliser l'utilisateur aux risques domestiques encourus, notamment par les enfants en bas âge;  
- installer des réflexes de prévention;  
- indiquer les conduites à adopter en cas d'accident.



Ce jeu peut être utilisé **à partir de 14 ans**. Le temps de réponse est limité, il dépend du niveau du joueur et est déterminé initialement par un rapide test sous forme de cinq questions.



**- A.D.E.I.C. - F.E.N.**  
boulevard Montparnasse, 43  
F - 75006 PARIS

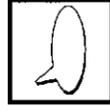
**- Educa-Santé (D006)**  
avenue Général Michel, 1b  
6000 CHARLEROI



**- Cultures et santé**  
avenue de Stalingrad, 24  
1000 BRUXELLES

**- Centre Anti-poison**  
rue Joseph Stallaert, 1 boîte 15  
1060 BRUXELLES

**- Educa-Santé (ACD31)**  
avenue Général Michel, 1b  
6000 CHARLEROI



Cette brochure peut servir de support à des animations et discussions en groupe. Elle peut également compléter la projection du vidéogramme du même titre (P006)



Informier des dangers du monoxyde de carbone, des mesures préventives à prendre pour éviter les intoxications et les conduites à adopter en cas d'intoxication.



**Brochure** illustrée de 24 pages qui donne une information simple sur le monoxyde de carbone, ses dangers, les situations à risque, les conseils de prévention, et les conduites à adopter en cas d'intoxication.



**Editeurs** : Cultures et Santé  
**Lieu d'édition** : Bruxelles  
**Date d'édition** : 1987



## Evacuez !



**Auteurs** : Serge MARLIER  
**Editeurs** : Club de Sécurité Jeunesse de l'Institut d'Enseignement Secondaire Provincial  
**Lieu d'édition** : Mons  
**Date d'édition** : 1991



**Cassette vidéo** de 8 minutes présentant les 3 conditions nécessaires pour qu'un incendie puisse se déclarer, les moyens d'arrêter un incendie et les recommandations pour l'évacuation.



Faire connaître les **mesures adéquates à prendre en cas d'incendie**.



Film à utiliser avec des **adolescents**, lors d'une animation ou d'un cours. Il peut être accompagné d'un exercice d'évacuation.



**- Serge MARLIER**  
Régie régionale d'Entretien de l'Enseignement provincial  
rue du Peuple, 57  
7333 TERTRE

**- Educa-Santé (P44)**  
avenue Général Michel, 1b  
6000 CHARLEROI

 **- Clubs Anastase**  
boîte postale 1 - R1  
F - 67001 STRASBOURG  
**- Educa-Santé (1946)**  
avenue Général Michel, 1b  
6000 CHARLEROI

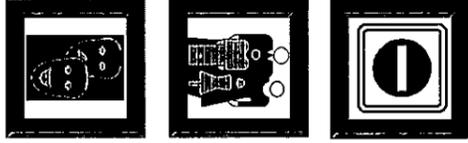
 Comédie jouée par 5 comédiens. Il est possible d'interpréter seulement l'un ou l'autre acte. L'humour et l'absurde de la pièce permettent de reconnaître ses propres comportements irrationnels et d'entamer une réflexion autour de la sécurité routière.

 Prévenir les accidents routiers par le mécanisme mental suivant : il est flagrant qu'il est illogique de "vouloir" un accident comme dans la pièce, donc il est aussi illogique dans la vie courante d'accepter le risque d'avoir un accident.

 **Texte d'une comédie en 3 actes** de 8 pages. Anastase va chez Monsieur Boum, vendeur d'accidents de toutes sortes, pour "acheter" un accident...

 **Auteurs** : Jacques ROBIN  
**Editeurs** : Clubs Anastase  
**Lieu d'édition** : Strasbourg

## Escape ou Anastase mauvais client



## Les aventures de Gully Patatras

 **Auteurs** : I. MONTULET, N. du BLED, F. FAUCHET, S. HEILPORN  
**Editeurs** : Editions Labor  
**Lieu d'édition** : Bruxelles  
**Date d'édition** : 1989

 **Livre illustré** de 56 pages constitué de 7 épisodes indépendants. Dans chaque épisode, Gully, le petit écureuil, découvre un danger dans la maison : les chutes, les noyades, les coupures, l'asphyxie, les brûlures, l'intoxication, l'électrocution. Traduit en italien, portugais, grec et néerlandais.

 Faire découvrir ou redécouvrir les **dangers de l'environnement à l'école et à la maison**, et aussi découvrir avec les enfants les moyens pour prévenir les accidents domestiques.

 Les histoires sont destinées à être racontées aux **enfants de 3 à 6 ans** pour introduire des animations sur la découverte et surtout sur la prévention des dangers domestiques.

Ce livre constitue un matériel pédagogique et s'intègre dans un programme de prévention comportant un dossier pédagogique "Prudence, j'y pense" et un montage de diapositives.

 **- Centre Coopératif de la Consommation - Promocoop**  
rue Haute, 28  
1000 BRUXELLES  
**- Educa-Santé (ACD039)**  
avenue Général Michel, 1b  
6000 CHARLEROI

 **- I.N.R.S.**  
rue Olivier Noyer, 30  
F - 75680 PARIS  
**- Educa-Santé (1947)**  
avenue Général Michel, 1b  
6000 CHARLEROI

 Il s'agit d'un **livret "Maîtres-élèves"**. Si, pour les fiches théoriques, un élève isolé peut tirer profit de leur lecture, le maximum d'efficacité sera obtenu par la constitution de groupes de réflexion à partir des fiches pratiques. On peut concevoir de ne traiter qu'un nombre limité de thèmes, en complétant par les risques propres à l'école. Néanmoins, on abordera d'abord le tronc commun. Ces fiches sont le fruit d'un travail de groupe réunissant des professeurs et des techniciens.

 Permettre aux **élèves de l'enseignement technique** de mieux comprendre le problème des accidents du travail et de leur prévention.

 **Fascicule** qui aborde 25 thèmes dont chacun comporte une fiche théorique et une fiche de travail pratique. Il se compose de 3 parties : les problèmes généraux relatifs aux accidents du travail, les risques et problèmes communs à toutes les activités et les risques particuliers.

 **Auteurs** : Michel ARNAUD  
**Editeurs** : Institut National de Recherche et de Sécurité  
**Lieu d'édition** : Paris  
**Date d'édition** : 1992



## Sécurité et apprentissage

## Home sweet home

 **Auteurs** : Infor Santé et UCP Brabant-Wallon  
**Editeurs** : Infor Santé et UCP Brabant-Wallon  
**Lieu d'édition** : Nivelles  
**Date d'édition** : 1992

 **Stand** constitué de panneaux en 3 parties : présentation du problème des chutes des personnes âgées, propositions d'aménagement du domicile et suggestions d'attitudes à développer par les personnes âgées.

 Sensibiliser les **personnes âgées** à la réalité des **chutes**, à leurs conséquences et à leur prévention.

 Stand à utiliser lors de journées portes ouvertes, expositions, animations. La présence d'un animateur permet de présenter la démarche et le matériel disponible.

 **- Infor Santé - UCP**  
boulevard des Archers, 54  
1400 NIVELLES  
**- Educa-Santé**  
avenue Général Michel, 1b  
6000 CHARLEROI



- **Institut Normal Provincial d'Enseignement Technique**  
avenue E. Gyson, 1  
1070 BRUXELLES

- **Educa-Santé (1942)**  
avenue Général Michel, 1b  
6000 CHARLEROI



L'auteur suggère que dès son plus jeune âge, l'enfant participe à des jeux de préhension et de manipulation qui lui donneraient l'image des **signaux de sécurité** afin d'en faciliter la compréhension ultérieure.



Éveiller l'attention des **puéricultrices et des instituteurs** de l'enseignement maternel sur la nécessité de faire passer des messages de sécurité aux enfants, sans contrainte.



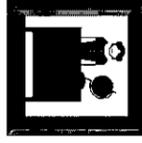
**Document** de 10 pages qui relate une démarche réalisée à l'école maternelle et qui propose différentes exploitations afin de faire découvrir des signaux de sécurité aux jeunes enfants.



**Auteurs** : A.M. HEBRANT  
**Editeurs** : Institut Normal Provincial d'Enseignement Technique  
**Lieu d'édition** : Bruxelles  
**Date d'édition** : 1992



## Les photos à la crèche ou comment donner envie d'apprendre la sécurité



## Je connais ma maison



**Auteurs** : Service Education pour la Santé de l'ONE  
**Editeurs** : O.N.E.  
**Lieu d'édition** : Bruxelles  
**Date d'édition** : 1991



**Jeu de société** comprenant un circuit de 3 couleurs, 2 jeux de cartes de 3 couleurs (selon l'âge des enfants), 1 puzzle de 10 pièces, 4 pions, 1 dé, 11 jetons rouges, 11 jetons verts, une brochure "Logement sûr".



Tester et augmenter les **connaissances de l'enfant quant à son environnement**, son vécu, son comportement sécurité.

Rapporter des informations générales à une situation personnelle pour qu'il la décrive, la comprenne, l'explique et adapte son comportement à la situation présente.



Jeu à utiliser à l'**école**, en **famille** ou autres lieux de regroupement du public (plusieurs équipes jouent). L'animateur installe, explique, gère le jeu en s'aidant de la brochure "Logement sûr".

Le jeu est composé de 2 parties, ce qui permet de le raccourcir ou de le prolonger selon la maturité des enfants.



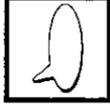
- **O.N.E. - Service Education pour la Santé**  
domaine de Chastre  
route de Gembloux  
1450 CORTIL-NOIRMONT

- **Educa-Santé (ACD065)**  
avenue Général Michel, 1b  
6000 CHARLEROI



- **Bureau Suisse de Prévention des Accidents**  
Postfach 8236  
3001 Bern

- **Educa-Santé (D025)**  
avenue Général Michel, 1b  
6000 CHARLEROI



Les **enfants de 3 à 7 ans** peuvent jouer seuls à ce jeu. L'adulte sera présent afin de répondre aux questions des enfants et susciter des échanges. Ce jeu a été créé par des enfants, pour des enfants.



Permettre aux enfants d'apprendre les dangers et leur prévention en jouant.



**Jeu** de mémoire comportant 40 cartes illustrées de dessins et apparées. Un feuillet explique les règles du jeu.



**Editeurs** : Bureau Suisse de Prévention des Accidents  
**Lieu d'édition** : Bern



## RE-MI-NI



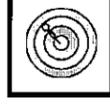
## Attention ça chauffe !



**Editeurs** : Fondation Nationale d'Aide aux Grands Brûlés  
**Lieu d'édition** : Bruxelles  
**Date d'édition** : 1991



**Bande dessinée** qui comprend 32 pages présentant alternativement des planches de dessin et des informations concernant des risques précis : le feu, les objets brûlants, les liquides chauds, l'électricité, les gaz, la cigarette, les produits chimiques... Un feuillet de 4 pages propose des activités d'exploitation, une bibliographie et des adresses.



Informé des multiples **risques de brûlure** et de leur prévention. Amener les enfants à en parler avec leurs parents.



Bande dessinée qui peut aussi servir de support lors d'une animation d'un **groupe d'enfants**. Elle est particulièrement bien adaptée aux enfants du **2ème degré de l'enseignement primaire**, qui pourront l'emporter chez eux afin d'attirer l'attention de leurs parents.



- **Fondation Nationale d'Aide aux Grands Brûlés**  
chaussée de Vieurgat, 221  
1050 BRUXELLES

- **Educa-Santé (ACD025)**  
avenue Général Michel, 1b  
6000 CHARLEROI