

Renseignements: Ecole des Parents et des Educateurs, 071/31.47.21.

## Contraception

### Bruxelles

**29 avril 1992**

"30 ans de pilules, quelles résistances?", conférence-débat à 20 heures, au Planning familial des Marolles, rue de la Roue 21, 1000 Bruxelles, tél. 02/511.29.90.

## Troisième âge - santé mentale

### Mons

**30 avril 1992**

Session de formation: la dépression des personnes âgées.

Lieu: Université de Mons-Hainaut, Cité Universitaire, rue de la Grande Triperie 30-34, 7000 Mons (de 9 à 17 heures).

Renseignements et inscriptions: Centre de Perfectionnement et de Recherche en Travail Social, rue du Gouvernement 50, 7000 Mons, tél. 065/33.56.86.

## Santé mentale

### Bruxelles

**5 - 12 - 19 mai 1992, 2 - 9 juin 1992**

Session "Anti-déprime", série de rencontres en petits groupes, 5 mardis après-midis de 14 à 16 heures.

Bureaux de Quartiers de Consultations conjugales, rue de l'Orme 10, 1040 Bruxelles (métro Mérode), tél. 02/733.43.95.

## Assuétudes

### Waterloo

**6 mai 1992**

Conférence-débat à 20 heures: "Différentes voies d'aide aux toxicomanes".

Lieu: Salle Le Gibloux (C.P.A.S.), 26 chemin du Bon Dieu de Gibloux, 1410 Waterloo.

Renseignements et réservations: Infor Jeunes Waterloo, rue E. Dury 16, 1410 Waterloo, tél. 02/354.33.92.

## Assuétudes

### Namur

**13 mai 1992**

Assemblée générale de C.C.N.T. (Concertation et Coordination Namuroises en Toxicomanie), le mercredi 13 mai 92 de 13h à 17h.

Invitation à tous les intervenants de la province de Namur, intéressés par une réflexion commune sur la prévention des toxicomanies, notamment dans le milieu scolaire.

Renseignements: 081/30.55.20.

## Nouvelles adresses

La Fédération Francophone Belge pour le Planning familial et l'Educa-

tion sexuelle déménage: la nouvelle adresse est le 34 rue de la Tulipe, 1050 Bruxelles. Secrétariat général: 02/502.82.03. Centre de documentation (CEDIF): 02/502.68.00

Le Comité de Concertation sur l'Alcool et les autres Drogues (CCAD) se trouve maintenant à la même adresse que l'Agence de Prévention du Sida, avenue Schaller 54, 1160 Bruxelles (à Auderghem). Tél.: 02/676.75.55. Fax: 02/676.75.60.

Infor sida vient aussi de rejoindre l'Agence de Prévention du Sida au château de la Solitude, qui porte de plus en plus mal son nom, puisque déjà une trentaine de personnes y travaillent... Voici la composition de l'équipe: Patrick Petitjean, directeur (676.75.23), Claire-Lise Hardy, secrétaire (676.75.22), Marianne Prévost, conseiller (676.75.12), Yves-Luc Conreur, conseiller (676.75.13).

## Santé mentale

Campagne de prévention du suicide de mise sur pied par le Groupement de Prévention contre le suicide ASBL.

Les personnes intéressées à participer à cette campagne ou à mettre sur pied un projet spécifique sur la prévention du suicide peuvent contacter le Centre de Prévention contre le Suicide au 02/640.51.56, ou Reine-Marie Hanoul, Commission Locale de Coordination du Luxembourg, rue Erène 1, 6900 Marche, tél. 084/31.31.39.

# EDUCATION SANTÉ

UN OUTIL AU SERVICE DES INTERVENANTS EN EDUCATION  
POUR LA SANTÉ DANS LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE DE BELGIQUE

MENSUEL (NE PARAÎT PAS EN JUILLET ET EN AOUT) AVRIL 1992 ISSN 0776-2623

67



Photo Zafar

## L'éducation par les pairs p.10

## Réflexions

Promo Santé 2000: les résultats, *Luc Berghmans et al.*, p.3

## Initiatives

Suicide: décrocher pour ne pas décrocher, *Philippe Mouchet et Anne Ducamp* p.14

Bloque 92 p.20

Les ateliers-santé de l'Union Chrétienne des Pensionnés, *Françoise Fierens* p.22

## Prévention sida

Que fait donc l'Agence? p.33

## Vu pour vous

L'univers intérieur est splendide p.36

Accidents domestiques: bravo l'ABB p.38

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.



Nous vous annonçons en janvier l'arrivée de Bernadette Taeymans, la nouvelle collaboratrice d'Éducation Santé. Elle est là, depuis le début mars, avec un peu de retard mais beaucoup d'idées!

Le hasard fait parfois drôlement les choses: en effet, une Forestoise a remplacé un Everois comme Ministre de la Santé de la Communauté française, et, plus modestement, une autre Forestoise remplace un autre Everois à Éducation Santé. Avouer que c'est étonnant. Je laisse aux experts le soin de tirer de ce fait curieux de savantes conclusions...

Ce qui frappe d'emblée chez Bernadette, c'est le calme olympien dont elle fait preuve, apparemment même dans des circonstances difficiles, par exemple lors d'un examen de recrutement...

Pour le reste, laissons-lui nous résumer brièvement son parcours professionnel et ses centres d'intérêt:

*"Comment me présenter?"*

*Tout d'abord comme praticienne, avec une dizaine d'années d'expérience comme infirmière, en hôpital et en maison médicale. Cela m'a permis d'appréhender concrètement les réalités souvent difficiles vécues par les malades ainsi que les préoccupations du personnel soignant.*

*Comme nouvelle "spécialiste" en éducation pour la santé, ensuite. Après un parcours de longue haleine (il n'est pas simple de concilier vie professionnelle et études universitaires), je viens d'achever avec succès la licence en éducation pour la santé au CUNIC à Charleroi. Cette formation m'ouvre précisément aux thèmes abordés dans Éducation Santé.*

*Comme animatrice, enfin. Depuis de nombreuses années, je me suis investie dans le travail en équipe et l'animation de projets. Cela m'a permis de développer certaines compétences mais aussi d'être proche des problèmes sociaux, scolaires et des milieux associatifs.*

*Mes centres d'intérêts?*

*En lien avec mon expérience professionnelle, je suis sensible aux projets communautaires qui se développent dans un quartier, un lieu de vie, en contact direct avec une population. En dehors du travail, la lecture, le cinéma et d'autres plaisirs de la vie font partie de mes moments de détente favoris.*

*Que vous dire encore?*

*C'est avec plaisir que j'entame ce travail de collaboration au sein de l'équipe de rédaction d'Éducation Santé. Mon souhait est de développer les axes de travail qui vous intéressent en établissant un dialogue avec vous. Des échanges de réflexions et d'expériences permettront à chacun de progresser dans son domaine d'intervention."*

Merci Bernadette, et bienvenue dans la petite famille de l'éducation pour la santé!

Puisque nous en sommes aux nouvelles têtes, sachez aussi qu'Isabelle De Middeléeer a également rejoint notre équipe. Elle s'occupera en particulier des abonnements.

Pour le reste, vous constaterez qu'une fois de plus, notre livraison du mois ne manque pas de substance, avec des contributions sur les sujets les plus variés: un résumé succinct de l'énorme pavé que représente l'étude Promo Santé 2000; la nouvelle campagne du Centre de Prévention du suicide; le passage par notre communauté de la péniche Cinna, et, transition facile, le Poisson Géant, nouvelle initiative d'Educa-Santé; le rapport d'une expérience d'éducation par les pairs en milieu scolaire; les ateliers santé de l'Union Chrétienne des Pensionnés; etc.

"Sans oublier notre supplément du mois, un dépliant présentant la nouvelle collection "Éducation à l'Environnement" de la Médiathèque de la Communauté française de Belgique et son réseau de diffusion. L'excellent travail d'Eric Vandersteenen et son équipe mérite bien ce petit coup de pouce."

**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: Christian De Bock.*

*Secrétaire de rédaction adjoint: Roger Swinnen.*

*Rédaction, documentation: Maryse Van Audenhaege.*

*Abonnements: Isabelle De Middeléeer*

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

*Editeur responsable: Jean Hallet.*

*Maquette: Philippe Maréchal.*

*Composition, photogravure et impression: Economat ANMC.*

*Tirage: 1800 exemplaires.*

*Diffusion: 1600 exemplaires.*

*ISSN: 0776 - 2623.*

*Les articles publiés par Éducation Santé n'engagent que leurs auteurs. La revue n'accepte pas de publicité.*

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

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

*Ont collaboré à ce numéro: L. Berghmans, I. Bériot, J.A. Bury, G. Delobel, M. Demarteau, L. Deville, A. Ducamp, F. Fierens, R.-M. Hanoul, G. Houioux, E. Jauniaux, R. Kerstenne, R. Lagasse, A. Levêque, G. Magnus, C. Mahoux, P. Mouchet, D. Piette, A. Poumay, R. Swinnen, E. Vandersteenen.*

## Actualités

### Assuétudes

#### Charleroi

**4 avril 1992**

Quatrième rencontre autour de la sophrologie, avec des interventions sur le tabac, les médicaments, l'alcool, et sur l'aide que peut apporter la sophrologie.

Cela se déroulera de 8h30 à 13h à l'Institut Provincial de Kinésithérapie et de Nursing, rue de l'Espérance 95, 6061 Montignies-sur-Sambre. Inscription: 900 FB (500 FB pour les étudiants).

Renseignements: 071/45.31.23.

### Drogue

#### Bruxelles

**7 avril 1992**

Infor-Drogues organise à l'occasion de ses 20 ans une table ronde "Toxicomanies: quelles alternatives à la prison?".

Cela se passera à la Ramée, av. de la Ramée 27, 1180 Bruxelles, de 14 à 18 heures. Frais d'inscription, dossier de documentation compris: 500 FB (étudiants 300 FB).

Renseignements: Infor-Drogues, chée de Waterloo 302, 1060 Bruxelles. Tél.: 02/537.52.52. Fax 02/534.42.52.

### Coeur

**7 avril 1992**

Journée mondiale de la santé, sur le thème de la "Santé au rythme du cœur". Un projet OMS soutenu par la Fédération Internationale de Cardiologie.

### Éducation sexuelle et affective

#### Bruxelles

**8 avril 1992**

"L'amour la première fois". Après-midi pour les jeunes avec projection de film et soirée apéro.

Centre de planning familial Aimer Jeunes, rue du Vieux Marché aux Grains 48 A, 1000 Bruxelles, tél. 02/511.32.30

### Adolescent

#### Bruxelles

**9 avril 1992**

"Adolescence en crise, le point de vue des adolescents, le point de vue des adultes". Dans le cadre de portes ouvertes en centre de planning de 9 à 22h30, conférences de 12h15 à 13h45 et de 20h15 à 22h15.

Centre Pluraliste Familial d'Uccle, rue de Stalle 24, 1180 Bruxelles, tél. 02/376.10.00.

### Drogue

#### Waterloo

**15 avril 1992**

A 20 heures, conférence-débat sur le thème "Infor-Drogues, des réponses face à la drogue", par Patricia Seunier (Infor-Drogues).

Adresse: Salle Le Gibloux (CPAS), chemin du Bon Dieu de Gibloux 26, 1410 Waterloo. P.A.F.: 150 FB.

Renseignements: Infor Jeunes Waterloo, 02/354.39.34.

### Enfant sourd

#### Wépion

**25 et 26 avril 1992**

Week-end d'information et de rencontre de l'A.P.E.D.A.F. (Association de Parents d'Enfants Déficients Auditifs Francophones). Thème "Culture sourde: mythe ou réalité?".

Lieu: Centre La Marlagne, chemin des Marronniers, 5150 Wépion.

Programme disponible à l'A.P.E.D.A.F., rue Jan Blockx 15, 1030 Bruxelles, tél. 02/242.13.43.

### Accident domestique

#### Tubize

**25 avril 1992**

Journée portes ouvertes du SAD (Soins à domicile) de Tubize le samedi 25 avril 1992 de 14 à 18 heures. A 14h30, conférence-débat "Les accidents domestiques, sécurité à la maison" par Bernadette Tissot, médecin, Bernard Petit et Daniel Marteau, kinésithérapeutes.

Lieu: Gymnase de Tubize, boulevard Deryck 124, 1480 Tubize.

Renseign.: SAD, 02/355.63.99.

### Santé mentale

#### Bruxelles

**28 avril 1992**

Rencontre anti-déprime, de 14 à 16 heures.

Bureaux de Quartiers de Consultations conjugales, rue de l'Orme 10, 1040 Bruxelles (métro Mérode), tél. 02/733.43.95.

### Santé

#### Charleroi

**A partir du 28 avril 1992**

"Respirer mieux pour vivre mieux", 5 mardis de 13h30 à 18h30.

Lieu: rue Léon Bernus 14, 6000 Charleroi.

Renseignements: Ecole des Parents et des Educateurs, 071/31.47.21.

### Adolescent

#### Charleroi

**A partir du 28 avril 1992**

"Vivre avec les adolescents", groupe d'échanges, 4 mardis soirs de 19h30 à 22h30.

Lieu: rue Léon Bernus 14, 6000 Charleroi.

## L'ABB et les accidents domestiques

A la fin de l'an dernier, une grande campagne de sensibilisation sur le thème des accidents par brûlures a été déclinée à la télévision et dans la presse quotidienne et périodique. Nous avons été séduits par l'intelligence de sa conception et la grande qualité de son exécution. L'annonce reproduite ici vous rappelle de quoi il s'agit. Pas de dramatisation à outrance, comme c'était souvent le cas dans le passé, mais une approche centrée sur des cas ayant valeur de mise en garde et présentés avec une grande sobriété, en noir et blanc. Cela n'empêche pas la communication d'être percutante, l'oeil du lecteur étant naturellement guidé vers la trace du drame. Les quatre jeunes utilisés pour les annonces ont été réellement victimes de brûlures et ont accepté de participer à la campagne pour que "ça n'arrive pas aux autres".

Ce remarquable travail n'émane pas des autorités publiques, mais d'une firme commerciale, d'une compagnie d'assurances, les ABB. Le thème choisi ne l'a pas été au hasard, la sécurité étant une préoccupation naturelle du secteur de l'assurance. Toutefois la stratégie d'orienter une campagne institutionnelle dans le sens de messages d'utilité publique n'est pas banale.

La campagne a été réalisée par l'agence DS-Saatchi, en collaboration avec une cellule "image" créée au sein de l'entreprise.

Notons aussi que les ABB ont aidé l'ONE à publier une nouvelle version de sa brochure "Un logement sûr pour nos enfants" et la BRTN à produire 18 petites émissions de

10 minutes sur la prévention des accidents.

Cette action sera prolongée en 1992 et en 1993. Cela montre bien qu'il ne s'agit pas d'un gadget qu'on jette après usage pour quelque chose de plus "vendeur".

Qu'une société d'assurances décide de se singulariser, d'axer sa com-

munication sur la prévention plutôt que par exemple sur la modestie des primes ou la qualité de sa couverture des risques, cela mérite bien un petit coup de chapeau!

*Un grand merci à Francis Claerhout pour l'amabilité avec laquelle il nous a fourni toute l'information nécessaire.* ■



*"Vous êtes cordon-bleu ?"*

*Votre petit bout s'exerce peut-être déjà à vous imiter. Comme moi, il y a 14 ans."*

En Belgique, les accidents domestiques sont bien plus nombreux que les accidents de la route.  
Les blessures les plus graves? Les brûlures.  
Hélas, rien ni personne ne peut vous en mettre totalement à l'abri.  
Pas même une compagnie d'assurances de l'importance d'ABB.  
Par contre, nous pouvons vous aider à prévenir bon nombre de ces accidents.  
Assurer votre sécurité. Bien plus qu'une simple question d'argent.

Demandez notre brochure "Sécurité à la maison" auprès de l'agent ABB de votre quartier. Ou formez le 081/ 74 22 33.

**ABB**  
ASSURE  
MAIN DANS LA MAIN

## Promo Santé 2000 - les résultats

**Le 20 janvier 1992 un rapport de 1350 pages sur l'offre et les besoins en promotion de la santé en Communauté française était déposé au Ministère de la Culture et des Affaires sociales. Ce document de travail a été produit en quinze mois par un noyau interuniversitaire de recherche assisté de consultants spécialisés (\*) et grâce à la collaboration des structures étudiées. Cet article décrit les lignes directrices de la méthode de travail utilisée et présente un aperçu des résultats obtenus.**

### Les buts de l'étude

Cette étude s'inscrit dans le prolongement des travaux du Conseil Communautaire Consultatif de Prévention pour la Santé de la Communauté française (CCCPS) et en particulier des rapports du groupe de travail "prévention". Constatant l'existence en Communauté française d'une grande diversité de structures agissant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé (diversité de statuts juridiques, d'organisations, de modes de financement, d'objectifs et de pratiques), le Conseil recommandait l'amélioration de la coordination et la création de synergies entre ces structures, pour réaliser des objectifs communautaires de santé. Une première identification des objectifs de santé prioritaires avait été effectuée par le Conseil à partir d'une analyse de la pertinence en Communauté française des 38 buts de la stratégie de "La Santé pour Tous" développée par l'Organisation Mondiale de la Santé (1).

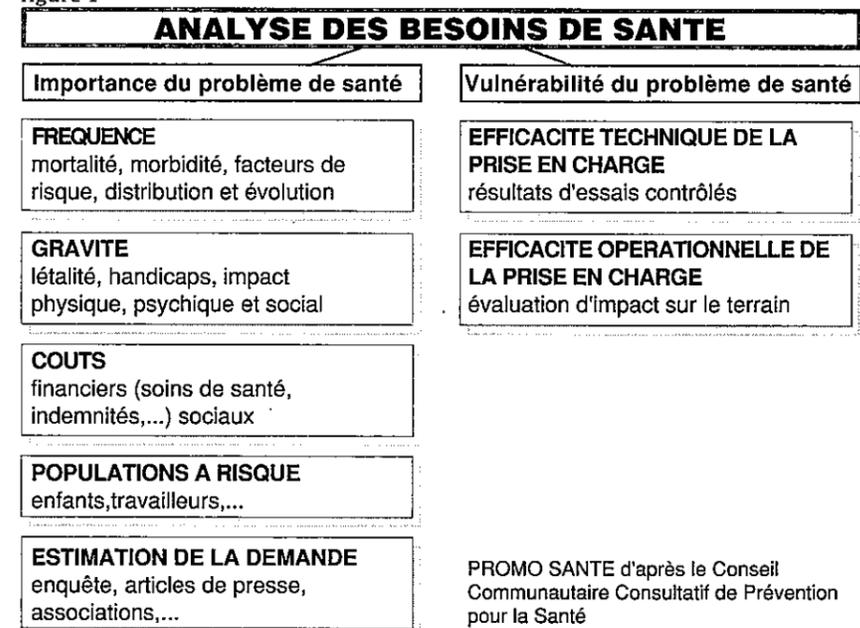
L'étude PROMO SANTE 2000 visait à enrichir ces acquis en poursuivant les objectifs spécifiques suivants:

1. Dresser un bilan des problèmes de santé majeurs en Communauté française et analyser la vulnérabilité de ces problèmes aux mesures de prévention.
2. Réaliser une description des structures préventives et de promotion en utilisant un modèle d'analyse institutionnelle axé sur une finalité de développement de la santé.
3. Elaborer un schéma directeur de gestion de l'action de promotion de la santé, adapté à la situation épidémiologique et à l'environnement institutionnel de la Communauté française, à partir d'une analyse des besoins et de l'offre de services en prévention et promotion de la santé et en collaboration avec les acteurs de terrain.

### Les besoins

Le fil conducteur de cette analyse est inspiré de la stratégie de "La Santé pour Tous" du Bureau Régional pour l'Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé (2).

figure 1



Les besoins de santé ont été étudiés en fonction de l'importance des problèmes de santé et de leur vulnérabilité en suivant une grille d'analyse (voir figure 1) dont le principe avait été retenu par le CCCPS.

La méthode de travail fut basée sur une recherche documentaire et bibliographique. Dans la mesure où l'information était disponible, les indicateurs recommandés par l'Organisation Mondiale de la Santé pour mesurer l'ampleur des problèmes de santé ont été quantifiés pour la Communauté française ou, à défaut, pour la Belgique. Les résultats de cette recherche ont été soumis pour corrections à des experts.

L'étude confirme la pertinence globale de la stratégie de "La santé pour tous" comme cadre d'analyse des besoins de santé dans notre communauté. Les outils méthodologiques utilisés ont permis d'organiser l'information disponible sur les problèmes de santé majeurs en un canevas préfigurant un "diagnostic communautaire".

PROMO SANTE d'après le Conseil Communautaire Consultatif de Prévention pour la Santé

Ainsi, le rapport traite des conditions préalables au développement de la santé dans une communauté, de l'égalité devant la santé et de la prolongation de la durée de vie; il aborde de manière approfondie deux problèmes de santé majeurs: les cancers et les maladies cardiovasculaires.

Il tente également de faire le point sur les problèmes de santé suivants: les affections respiratoires, le sida, les maladies infectieuses, les troubles mentaux, les problèmes ostéo-articulaires, les affections bucco-dentaires, le diabète, les anomalies congénitales.

Le rapport de l'étude reprend aussi les données de base sur les modes de vie qui influencent la santé.

Il ébauche une analyse des besoins de santé autour de deux étapes de la vie: la maternité et la naissance, et le vieillissement.

En rapport avec ces deux thèmes, le document de référence de l'OMS (rédigé au début des années 80 et considérant la situation sanitaire dans la Région de l'Europe dans son ensemble) apparaît moins contributif par rapport à notre réalité. En outre certains problèmes médico-sociaux qui prennent une place grandissante dans notre société (la maltraitance, l'exclusion sociale, l'excès de stress, la vie dans les grandes villes, certains handicaps, etc.) ne sont pas repris de manière explicite dans ce document.

L'analyse des besoins de santé produite par PROMO SANTE n'est ni exhaustive ni définitive; c'est un diagnostic macroscopique des problèmes de santé majeurs dans notre Communauté réalisé avec des moyens limités en comparaison avec les ressources mobilisées pour ce type d'exercice à l'étranger.

Ce diagnostic communautaire devrait être affiné dans le futur, d'une façon continue et de manière aussi participative que possible.

## L'offre de services préventifs et d'éducation pour la santé

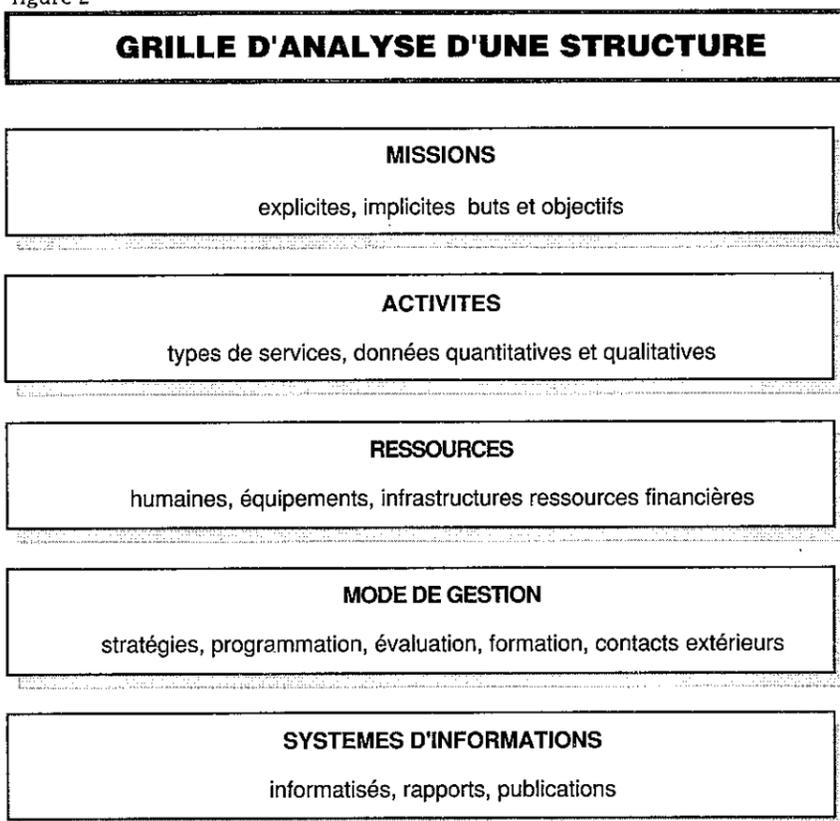
L'étape préliminaire à l'organisation de synergies dans le secteur de la prévention est la connaissance détaillée des institutions actives dans le domaine. L'objet du deuxième volet de l'étude fut la description d'une sélection de structures préventives. Cette analyse institutionnelle tente d'apporter une information d'une part sur les responsabilités et activités des structures et d'autre part sur les modes de gestion pratiqués par les acteurs principaux.

Le but de l'étude étant une réflexion sur l'organisation des services, l'offre de services préventifs a été analysée en privilégiant les

aspects institutionnels et organisationnels. Cette approche est incomplète; y manquent, par exemple, l'analyse de la perception de l'offre par la population ainsi que des mesures d'impact des services offerts.

L'outil méthodologique utilisé est une grille d'analyse comportant, dans une première partie, un schéma standardisé de description de la structure étudiée et de ses activités. La deuxième partie est un canevas d'analyse de la gestion des opérations sous l'angle d'une gestion de santé publique (quels sont les objectifs de santé et opérationnels de la structure, quel est le mécanisme de définition de ces objectifs, quels sont les systèmes d'évaluation et d'information utilisés, quelles sont les modalités de coordination avec d'autres structures? - voir figure 2). Des consultants spécialisés ont été chargés de procéder à l'analyse institutionnelle d'une structure préventive particulière.

figure 2



## La digestion



Images en direct: travail de l'estomac (il produit tous les jours de deux à trois litres de suc gastrique), exploration des parties les plus profondes de la paroi stomacale, reconstitution de cellules et de tissus détruits.

Plus que tout autre organe du corps humain, le tube digestif est particulièrement sensible aux différents messages qui lui sont envoyés: il serait ainsi le "baromètre de notre santé mentale et physique".

Les conséquences du stress, de l'alcool, les ulcères.

Le fonctionnement de l'intestin et l'action des bactéries.

La relation aliments/digestion/longévité (pour vivre, notre organisme, lorsqu'il est au repos, réclame environ 1.200 calories).

Cependant, si tout ce que nous mangeons est broyé, malaxé, transformé puis assimilé ou évacué, tout ce que nous ressentons a aussi des répercussions sur notre façon de digérer.

## Les os, les muscles, les nerfs

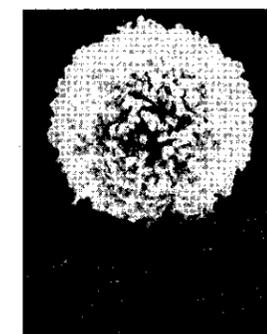


Les images de synthèse, l'électromyographie ou le microscope électronique permettent de montrer et de comprendre les fantastiques mécanismes de la croissance de l'homme.

Comment sont constituées les cellules osseuses? Quelle est l'action du calcium?

Comment pouvons-nous par l'exercice physique accroître la résistance de nos os (le squelette d'un adulte se compose de quelque 206 os)? Comment une nouvelle technique permet de détecter la perte de masse osseuse avant les premiers symptômes? Quel processus subtil dans la relation os/muscle/nerf entraîne la contraction du muscle et l'harmonie des mouvements corporels?

## L'immunologie



Le dernier épisode de la série est consacré à la protection de l'organisme.

Le système immunitaire de l'homme dispose pour cela d'un ensemble de cellules qui savent détecter, identifier, puis éliminer les agents étrangers au corps de l'individu.

Les images de synthèse et le microscope électronique nous montrent comment notre organisme parvient à préserver son intégrité.

Les batailles menées par les globules blancs, macrophages ou autres lymphocytes contre les "agresseurs" de l'organisme.

Le phénomène de rejet, l'irradiation et le succès de la greffe de moelle osseuse dans le traitement des leucémies.

L'auto-greffe de la moelle, la progression des transplantations d'organes.

Les grands défis de l'immunologie dans la recherche de vaccins contre le paludisme, le choléra ou le sida...

Indéniablement une série à voir et à revoir tant pour la beauté des images que pour la qualité scientifique et pédagogique des explications données, pour s'émerveiller aussi tout simplement ou pour comprendre comment fonctionne cette merveilleuse machine qu'est notre corps, ce qui se passe lorsque survient l'un ou l'autre dérèglement et enfin ce que nous pouvons faire, dans notre vie de tous les jours, pour éviter le plus longtemps possible tous ces désagréments.

Un petit conseil toutefois. Le spectacle des images est, par moment, à ce point étonnant qu'on en oublie souvent d'écouter le commentaire. Une raison supplémentaire pour ne pas limiter son plaisir à une seule vision!

A l'instar des séries "Le corps vivant" ou "Il était une fois la vie" - qui rencontrent encore à l'heure actuelle un grand succès auprès des utilisateurs de la collection Education pour la Santé - une nouvelle réussite de la vulgarisation scientifique, accessible à tous, petits et grands.

**Eric Vandersteenen**, Médiathèque de la Communauté française de Belgique

Ces programmes sont en prêt dans tous les services de la Médiathèque au prix de 100 francs par semaine. Ils sont aussi en vente dans les grandes surfaces, les vidéo-clubs, et à la RTBF au prix de 995 FB, 5.970 FB pour toute la série. RTBF Vidéo, bureau 2C41, Bd Reyers 52, 1044 Bruxelles. Tél.: 02/737.28.72, Mme Petruszka.

Pour d'autres renseignements: Médiathèque de la Communauté française de Belgique, rue Louvrex, 46 b, 4000 Liège. Tél.: 041 / 22 20 20. ■

## A vos magnétoscopes

### L'univers intérieur, une exploration du corps humain

Une exploration des profondeurs de notre corps: les moyens techniques de pointe (microprocesseur, fibroscope électronique, micro tv caméra, endoscopie, scanner, images de synthèse,...) ont permis d'atteindre les zones les plus secrètes du corps humain et de révéler des images prodigieuses inconnues jusqu'à ce jour, images filmées dans certains cas aux endroits et aux moments les plus inattendus.

Les interventions de médecins spécialistes ponctuent ces images inédites et impressionnantes, poétiques et spectaculaires de leurs commentaires avisés.

Cette série de six vidéocassettes a été produite par un ensemble exceptionnel de partenaires: pas moins de dix, dont la chaîne de télévision japonaise NHK réputée pour la qualité de ses émissions scientifiques. Précisons aussi que la version française est l'oeuvre de la R.T.B.F., dont l'adaptation de documentaires est devenue, au fil des saisons, une spécialité.

Cette série, réalisée en 1989, se compose de six émissions d'une heure chacune:

1. La naissance de la vie (SW0011)
2. Le coeur (SW0012)
3. Le foie (SW0013)
4. La digestion (SW0014)
5. Les os, les muscles, les nerfs (SW0015)
6. L'immunologie (SW0016)

### La naissance de la vie



La vidéo nous permet de le redécouvrir: la vie, quelle merveille!

Il suffit pour s'en convaincre de savoir la regarder et, en tout cas, de disposer de ces merveilleux outils modernes qui permettent de percer les secrets de la vie et de ses mystères.

Ce premier épisode nous montre notamment:

- cette aventure la plus essentielle, résultat d'un nouveau système de reproduction des êtres vivants;
- la division cellulaire;
- le voyage de l'ovule et le marathon des spermatozoïdes pour la fécondation;
- la formation de l'embryon et ses battements de coeur;
- l'évolution du fœtus, sa perception de l'extérieur dès le sixième mois au travers de sa mère;
- la magie de la naissance.

### Le coeur



Le fonctionnement du coeur (il battra près de trois milliards de fois pendant la durée de la vie en aspirant et refoulant plus de 280 litres de sang à l'heure) et du réseau sanguin (long de quelque 100.000 km).

Le processus des affections dues à notre civilisation industrialisée, l'évolution des techniques d'exploration, le nouveau traitement chirurgical de l'insuffisance cardiaque, l'angioplastie coronarienne, la greffe, la prévention.

### Le foie



Le foie: glande d'environ un kilo et demi, presque entièrement constituée de réseaux sanguins et capable d'exécuter discrètement plus de 500 fonctions!

Le fabuleux travail du foie (il contient en permanence plus d'un litre de sang): filtrage des éléments toxiques, processus de stockage des sucres et des graisses, fabrication des protéines et d'enzymes "dépollueurs" (véritable usine chimique polyvalente, il est le lieu où s'opèrent des synthèses essentielles, où sont produites des substances fondamentales comme la bile, où sont éliminés les poisons,...).

Les virus, cause majeure des maladies du foie.

Les substances dans notre environnement qui lui sont néfastes.

Son extraordinaire capacité à se régénérer à partir d'un fragment.

Vu la diversité des structures, les consultants avaient la possibilité d'opter pour la méthode la plus appropriée pour compléter la grille d'analyse (interviews de responsables de la structure et de cadres de l'administration de tutelle, consultation de rapports d'activités et de documents internes).

La première version des descriptions a été soumise pour corrections aux structures concernées. Le rapport présente les résultats de cette investigation à propos des structures préventives suivantes:

l'Administration de la Prévention au Ministère de la Culture et des Affaires sociales,

l'Office de la Naissance et de l'Enfance,

l'Inspection Médicale Scolaire,

la Médecine du Travail,

les Centres de Dépistage du Cancer,

l'Oeuvre Belge du Cancer,

la prévention du Sida,

les structures de promotion de la prévention en médecine générale, les centres d'aide et d'information sexuelle, conjugale et familiale, les centres de santé mentale,

le dépistage des affections métaboliques et congénitales,

l'Institut Belge pour la Sécurité Routière.

Ce volet de PROMO SANTE 2000 présente des limites:

1° La sélection des structures étudiées a fait l'objet d'une concertation avec les autorités de la Communauté française. Les moyens mis à disposition de l'équipe étant limités, une priorité a été donnée aux structures financées en tout ou en partie par la Communauté française. C'est ainsi que des associations telles la Ligue Cardiologique Belge ou l'Association Contre le Cancer ne sont pas reprises dans cette étude. Par ailleurs, la lutte contre la tuberculose et la toxicomanie et les programmes de vaccination ont fait l'objet d'études récentes financées par la Communauté et n'ont donc pas été reprises dans les structures étudiées. L'étude ne prétend

donc pas couvrir l'entièreté du champ préventif.

2° Il s'agit d'une étude de description des activités des structures et d'une analyse de la gestion d'un point de vue de santé publique. Ce type de démarche ne permet pas une évaluation de l'impact réel des structures sur la santé de la population. Cette analyse demanderait un mode d'enquête plus expérimental. Cette étude ne permet pas non plus de porter un jugement sur l'efficacité de la gestion interne des structures étudiées; seules des études approfondies de type audit permettraient de récolter l'information pertinente dans ce domaine.

La méthode d'analyse de l'offre en service d'éducation pour la santé est similaire à celle des autres structures préventives. La collecte d'information a été menée sous la direction de spécialistes en éducation pour la santé. Le secteur de l'éducation pour la santé est vaste et polymorphe sur le plan institutionnel et organisationnel.

L'étude se limite aux services en éducation pour la santé réglementés par les arrêtés du 08 novembre 1988 à savoir:

la Cellule permanente,

le Centre de Coordination Communautaire et les Commissions locales de coordination,

les services agréés aux éducateurs.

Un article traitant de ce domaine spécifique sera proposé dans un prochain numéro d'Education Santé.

## Les besoins et l'offre de services

### Caractéristiques des besoins de santé en Communauté française

L'analyse des besoins de santé permet un premier relevé des caractéristiques communes aux problèmes de santé importants, traits qui peuvent influencer l'organisation de la prévention et de la promotion de la santé.

1° Il existe une base scientifique, en développement, qui ouvre des perspectives nouvelles et étaye la rationalité de l'approche préventive des problèmes de santé majeurs dans notre Communauté (par exemple: les maladies cardio-vasculaires, les cancers, certaines pathologies infectieuses, les accidents, la prématurité, le sida,...). Dans des conditions spécifiques, la prévention peut conduire à l'élimination du problème (exemple: la lutte contre des maladies infectieuses par une bonne organisation des programmes de vaccination). Plus généralement, la prévention permet, dans l'état actuel de nos connaissances, de diminuer la fréquence et l'impact individuel et social de problèmes de santé majeurs de notre Communauté. Pour reprendre l'expression de l'O.M.S., il est possible "d'ajouter des années à la vie mais aussi de la vie aux années", c'est-à-dire d'améliorer la qualité de la vie sur le plan de la santé. Il ne s'agit pas d'un credo volontariste mais d'une perspective raisonnable dont le fondement scientifique s'affermir progressivement.

2° De nombreux problèmes de santé majeurs sont associés, par des facteurs causaux ou favorisants, à l'environnement au sens large du terme (conditions de vie, conditions sociales et culturelles). Ainsi, l'environnement peut conditionner des modes de vie et des comportements (par exemple les habitudes tabagiques et alimentaires) ayant des répercussions graves et démontrées scientifiquement sur plusieurs problèmes de santé majeurs.

3° Plusieurs problèmes de santé ont une histoire naturelle longue, c'est-à-dire que l'apparition du stade symptomatique du problème est précédée d'une période parfois fort longue d'exposition aux facteurs de risque (exemple: alimentation et maladies cardio-vasculaires, tabagisme et cancer du poumon). L'impact de l'intervention préventive peut donc être largement différé.

4° La répartition dans la popula-

tion des problèmes de santé et des facteurs de risque n'est pas uniforme. Des gradients socio-culturels s'observent fréquemment dans l'incidence de problèmes de santé majeurs ou dans la présence de facteurs de risque.

Ces éléments communs aux problèmes de santé permettent d'induire des critères de qualité de l'organisation de la prévention:

### 1. RATIONALITÉ

La démarche préventive doit se justifier par un argumentaire scientifique solide. L'impact prévu et obtenu ainsi que les éventuels effets indésirables inattendus doivent être documentés par des mesures fiables, notamment épidémiologiques.

### 2. INTÉGRATION D' ACTIONS MULTIDISCIPLINAIRES ET MULTISECTORIELLES

La démarche préventive doit intégrer des interventions de disciplines et de secteurs variés et ne pas se limiter au secteur sanitaire. Cette intégration doit permettre une approche préventive plurifactorielle visant une promotion globale de l'état de santé.

### 3. PLANIFICATION ET CONTINUITÉ

La démarche préventive doit s'inscrire dans une échelle de temps appropriée (plusieurs années) et assurer une continuité de l'intervention. Ceci implique l'utilisation de mécanismes de planification et de gestion performants.

### 4. IMPLICATION DE LA COMMUNAUTÉ

La démarche préventive prend une dimension sociale et éthique notamment en favorisant l'équité par rapport à la santé. Les enjeux éthiques et sociaux doivent être posés en termes de problème de société aux niveaux de décisions appropriés.

## Modèle théorique d'organisation et de gestion de la prévention.

Le modèle d'organisation dont s'est inspiré PROMO SANTE a été remarquablement explicité et formalisé dans l'ouvrage: "La Planification de la Santé" de R. Pineault et C. Daveluy (3).

Le modèle repose sur un cycle gestionnaire de prise en charge des besoins de santé passant par une phase d'analyse et d'évaluation des problèmes et besoins de santé qui débouche sur une phase de conceptualisation et de formulation de stratégies et de programmes de santé.

La mise en oeuvre des programmes (exécution d'activités et de services) modifie la situation de départ qui doit à nouveau être analysée et le cycle reprend (voir figure 3).

Ce processus gestionnaire doit être:

- \* dynamique et continu.
- \* explicite (les enjeux et prises de

décision de chaque étape sont à formuler clairement).

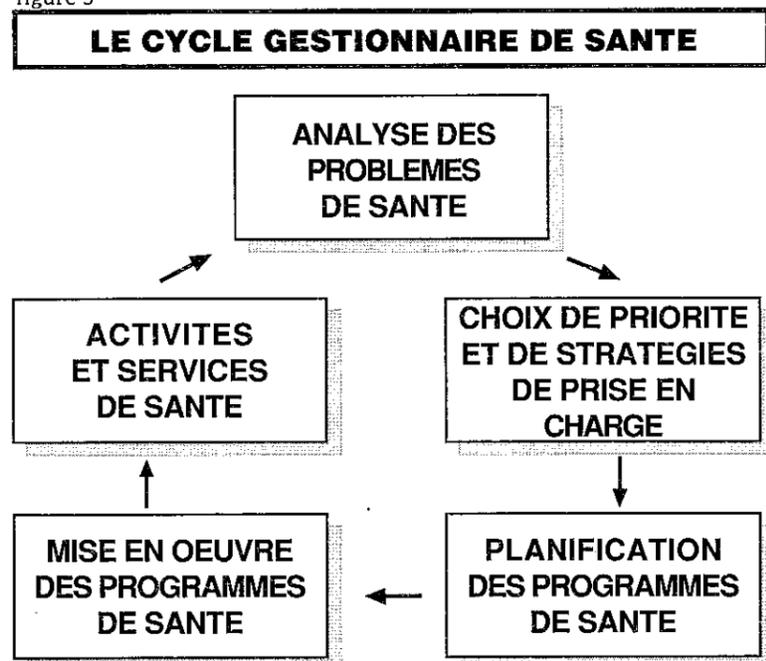
\* évalué.  
L'opérationnalisation du cycle gestionnaire de la santé peut être abordée en distinguant trois niveaux d'intervention:

\* le niveau stratégique; c'est le niveau des prises de décision importantes qui orientent les programmes à long terme (priorités, lignes directrices et buts des interventions).

\* le niveau tactique et structurel; c'est le niveau de formulation des programmes de santé où se définissent les objectifs précis à moyen terme et les actions correspondantes et où s'opère la mobilisation des ressources nécessaires à l'exécution des programmes (ressources organisationnelles, humaines, matérielles et financières).

\* le niveau opérationnel; c'est à ce niveau que s'exécutent les programmes et les activités correspondantes. C'est à ce niveau aussi que se rejoignent le processus de gestion de la santé et les activités classiques de gestion de services.

figure 3



adapté de E.G. Knox

mentalistes qui ont choisi d'offrir chaque mois une sélection de données bibliographiques revues et critiquées par des experts indépendants. Un outil d'une très grande utilité, dont la lisibilité est nettement améliorée par rapport au numéro 0 dont nous vous parlions il y a peu.

### Un centre de documentation

Le siège de l'Agence met à la disposition de tous les intervenants un centre de documentation: magazines, éditions scientifiques, brochures,

revue de la presse et vidéocassettes y sont classés selon des thèmes précis, de l'éthique du sida à la prévention, de la recherche à l'encadrement psychologique du malade. Les connexions avec des banques de données internationales sont en préparation; de même, en sens contraire, la mise en place de petits centres de documentation décentralisés est également en projet.

Agence Prévention Sida, av. Schaller 54, 1160 Bruxelles.  
Tél : 02/676.75.11.  
Fax : 02/675.35.77. ■

gnes de prévention du sida et plus particulièrement l'utilisation du condom comme moyen de prévention. La presse flamande relaie le débat et l'on finit par aboutir à une atmosphère où le préservatif en tant que moyen de prévention doit être présenté en toute discrétion.

Dans d'autres partis politiques également, le sida a donné lieu à des réactions diverses et divergentes avec, comme aboutissement, un gel du problème.

Les organisations qui travaillent sur le terrain lancent en tout cas un appel car elles ne sont plus à même de faire correctement leur travail. Lors de rencontres internationales, elles se rendent compte de la situation pour le moins difficile dans laquelle elles évoluent. L'European Council for AIDS Service Organisation (Prague, le 26 octobre 1991) a adopté une résolution dénonçant l'attitude des autorités flamandes et plaidant pour un changement de cap.

Un memorandum a été adressé aux responsables politiques pour qu'ils adoptent une politique sérieuse contre le sida avec des moyens adéquats.

Parmi ses propositions concrètes, la fédération des associations flamandes demande plus d'autonomie pour les travailleurs qui s'occupent du sida, avec la création d'une "Cellule sida" où scientifiques, groupes d'action, travailleurs du terrain et séropositifs peuvent établir une politique efficace contre le sida. Cette cellule formulerait des avis sur le plan de la prévention, de l'accueil, des soins et sur les aspects éthiques, comme la discrimination. ■

## Quelle est la situation au Nord de notre pays?

Au moment où l'Agence de Prévention du Sida est, qu'elle le veuille ou non, sous les feux de l'actualité, il est bon de se pencher sur l'orientation que prend la prévention de la maladie en Flandre. Le moins qu'on puisse dire est que le tableau est contrasté par rapport à ce qui se met en place en Communauté française.

Ainsi, lors d'une conférence de presse organisée le 17 décembre 1991, des organisations flamandes travaillant à la lutte contre le sida, ont présenté les difficultés dans lesquelles se trouve la région flamande pour la prévention du sida.

Selon ces organisations, un budget de 70 millions avait été promis dont seulement 17 millions sont allés directement aux institutions s'occupant du sida, le restant ayant été consacré essentiellement à des projets concernant l'éducation sexuelle et affective. Dans cette situation, on ne peut parler réellement d'un budget spécifique pour la prévention du sida.

Lorsqu'on compare les budgets avec ceux de l'étranger ou de la

Communauté française, la Flandre est parmi les plus mal loties. Ainsi, la comparaison des budgets pour la prévention du sida par habitant fait apparaître les chiffres suivants:

France: 22 FB

Pays-Bas: 36 FB

Communauté française: 28 FB

Flandre: 4 FB

En fait, cette situation financière est significative d'un débat politique et éthique au sein de la communauté néerlandophone concernant la prévention du sida, débat peut-être encore plus vif que dans la partie francophone du pays.

En 1987 déjà, Wivina Demeester, alors secrétaire d'état, propose une campagne "Ouvre les yeux avant que le sida ne te les ferme" et entre en conflit avec les évêques.

Au sein du CVP, on trouve à cette même époque deux tendances s'opposant autour de la légalisation de l'avortement. Cette opposition a pour conséquence de durcir les positions concernant les campa-

Cette rubrique est réalisée en collaboration avec l'Agence Prévention Sida de la Communauté française (Raphaëlle Kerstenne).

## Les services de l'Agence : priorité à l'information

Pour l'Agence, la priorité va à l'information. Et surtout l'information des jeunes. Ainsi par exemple, présente au prochain Salon de l'Etudiant, l'Agence distribuera une brochure mise à jour sur les comportements préventifs. Elle y présentera également la bande dessinée, "Jo" de Derib, destinée à informer les jeunes sur les modes de transmission du sida, sur les symptômes et sur le déroulement de la maladie.

## Présente dans les écoles...

A la rentrée scolaire, l'album "Jo" sera également mis à la disposition des écoles de la Communauté française. Il sera encadré d'un kit d'information et d'animation sur le sida à destination des enseignants. Composé d'outils de formation des professeurs, d'outils d'animation du cours - vidéo, brochures, ... - et de documents d'information destinés aux élèves, le kit permettra à l'enseignant d'aborder le sujet sous ses différents aspects.

## Dans les salles d'attente des généralistes

Les intervenants du terrain constituent, par ailleurs, un lieu idéal d'information. C'est pourquoi, l'Agence a déjà réalisé le "Kit du médecin généraliste". Depuis janvier dernier, le kit a été distribué à huit mille médecins de la Communauté française qui ont ainsi reçu des documents d'information pour eux-mêmes, mais également pour leurs patients, des affiches et brochures de salle d'attente.

## Des campagnes mass média

Mais l'information au public passe aussi par des campagnes d'affichage et de présence dans les magazines. Les campagnes mass média constituent la base sur laquelle se met en oeuvre le travail de terrain.

L'Agence planche, actuellement, sur deux campagnes. L'une axée sur l'utilisation du préservatif doit être lancée en été; l'autre faisant appel à la solidarité envers les personnes séropositives est prévue pour l'hiver prochain.

## De nouveaux programmes

Aujourd'hui, le sida concerne toute la société. Mais alors que les femmes enceintes, les responsables d'entreprise, les voyageurs belges à l'étranger, les homosexuels sont particulièrement concernés, aucun programme de prévention et d'information du sida ne leur est consacré. L'Agence comblera ce manque.

## Un lieu ouvert à tous

L'Agence a élu domicile dans l'ancien internat des enfants de forains, le "Château de la Solitude", bâtiment situé au n°54 de l'avenue Schaller à Auderghem et abandonné depuis quatre ans. Le contrat de location signé avec le fonds des bâtiments scolaires, propriétaire du bâtiment, prévoit qu'au terme de vingt ans d'occupation, il appartiendra à l'Agence. Cet accord avalisé par l'Exécutif de la Communauté française fixe le loyer à quatre millions de francs par an. La solution de cet ancien home pour enfants permet à l'Agence d'être un lieu de rencontre ouvert à tous les organismes de prévention et ce, à un coût plus faible qu'une installation dans des bureaux du centre-ville. En effet, selon une simulation financière sur vingt années, la location d'un plateau de 600 m<sup>2</sup> représente un investissement près de deux fois supérieur à la formule du "Château de la Solitude". De plus, au terme des vingt années d'occupation, le département "Santé" de la Communauté française sera propriétaire d'un bâtiment spacieux de plus de 1200 m<sup>2</sup>. Ajoutons qu'au moment où l'Agence s'y est installée, le bâtiment commençait à se dégrader sérieusement. Aujourd'hui, la rénovation a déjà commencé. L'option des responsables de l'Agence est de profiter du lieu pour accueillir d'autres organismes de prévention; actuelle-

ment, le CCAD - responsable de la prévention à la drogue et à l'alcool - et l'équipe d'Infor Sida s'y sont déjà installés tandis que le CEDIF, responsable des programmes de formation à la prévention, disposera bientôt d'un espace de réunion à l'Agence. Cette possibilité est offerte à d'autres organismes.

## Rencontres des spécialistes

Afin de remplir pleinement son rôle de concertation, l'Agence invite les professionnels à participer à des séminaires. A titre d'exemple, durant la première semaine du mois de mars, deux séminaires ont été organisés. L'un consacré aux modes d'adaptation au risque du sida dans les relations hétérosexuelles a été présenté par une équipe de chercheurs du Centre d'Etudes Sociologiques des Facultés Universitaires Saint-Louis qui viennent de publier une recherche sur la typologie des comportements sexuels face au sida. Cette étude est primordiale pour connaître les publics auxquels les campagnes de prévention au sida s'adressent. Un deuxième séminaire a rassemblé scientifiques et professionnels de la santé sur la notification de la séropositivité.

## Transcriptase: une publication éditée en collaboration avec la France

Chaque mois paraissent des centaines d'articles consacrés au traitement, à la prévention ou aux recherches dans le domaine du sida. Les professionnels de la santé, médecins généralistes, infirmières, ... ne peuvent faire face à une telle littérature tant par sa quantité que par son morcellement.

Afin d'offrir à ces professionnels une information répondant mieux à leurs besoins, le CRIPS (France) et l'Agence de Prévention du Sida se sont unis pour éditer la revue Transcriptase. Cette publication résolument critique, analytique et pluridisciplinaire rassemble cliniciens, chercheurs en sciences sociales, acteurs de santé publique et docu-

La figure 4 présente les trois niveaux qui idéalement doivent s'intégrer.

Le modèle ainsi défini peut être utilisé dans une optique de réorganisation du système en vérifiant que les fonctions du modèle sont assurées, par qui et comment, et, en cas de constat de lacunes, en proposant les réaménagements nécessaires.

la technique des programmes de santé est bien adaptée à l'approche multisectorielle et multidisciplinaire parce que la finalité du programme n'est pas la gestion d'un service spécifique mais bien la réalisation d'objectifs de santé, par l'exécution d'activités relevant éventuellement de la responsabilité d'organisations et de secteurs divers.

## Application du modèle gestionnaire de la santé à l'organisation de la prévention en Communauté française

L'information récoltée dans la phase d'analyse des structures préventives et d'éducation à la santé a permis de mettre en évidence les problèmes de gestion et d'organisation des structures par rapport à la référence du modèle gestionnaire de santé. Un relevé de ces problèmes est présenté dans le rapport et des propositions d'amélioration du processus gestionnaire sont avancées. Faute de temps, les problèmes identifiés et les propositions de tâches pour les résoudre n'ont pas été systématiquement soumis ni discutés en profondeur avec les personnes et institutions concernées. C'est une étape importante dans la méthode de restructuration des services que nous préconisons.

## Proposition d'un schéma directeur

Le fil conducteur des modèles utilisés est d'orienter l'organisation des services en fonction des besoins de santé. Le but du plan directeur est d'ébaucher un scénario de généralisation de ce mode de gestion au système préventif.

Cet outil est indispensable pour maintenir une cohérence dans un processus de réformes de structures qui sera long et soumis à de nombreuses contraintes administratives et politiques.

Les expériences acquises par la Communauté française dans l'organisation du programme d'élimination de la rougeole, de la rubéole et des oreillons (1989) et, dans une certaine mesure, par la méthode de réorganisation des structures d'éducation pour la santé (1988) et de lutte contre le sida indiquent que les modèles utilisés sont "faisables" dans le contexte institutionnel de la Communauté française.

figure 4

Niveau d'intervention	Durée	But	Activités et démarche	Formalisation
stratégique	5 - 10 ans	Détermination de la raison d'être des grandes orientations et des buts	Choix de priorités et orientations des politiques de santé	Plan
tactique/structurel	3 - 5 ans	Agencement des ressources	Répartition des ressources et activités pour atteindre des objectifs	Programme de santé
opérationnel	1 an	Utilisation des ressources	Déroulement des activités dans le temps et dans l'espace	Gestion des opérations

Les différents niveaux d'intervention du cycle gestionnaire. Adapté d'après R. Pineault et C. Daveluy.

Cette approche appliquée à l'organisation de la prévention en Communauté française peut aider à guider une réorganisation du système visant à mieux respecter les critères de qualité proposés ci-avant.

En effet:

- le modèle implique une approche scientifique des prises de décisions (critères de rationalité);
- la planification et la continuité des interventions sont l'essence même du modèle;

- l'ensemble du processus doit être explicite quant aux choix prioritaires, aux objectifs, aux modalités d'exécution et d'évaluation. La clarté de la gestion rencontre évidemment une condition de base d'une bonne implication de la communauté dans le processus. Une participation de la communauté (ou de ses représentants) aux prises de décisions importantes du processus permettrait d'accentuer l'implication du public.

Les propositions sont présentées sous forme de schémas fonctionnels: qui fait quoi et comment?, et ceci aux différentes étapes du cycle.

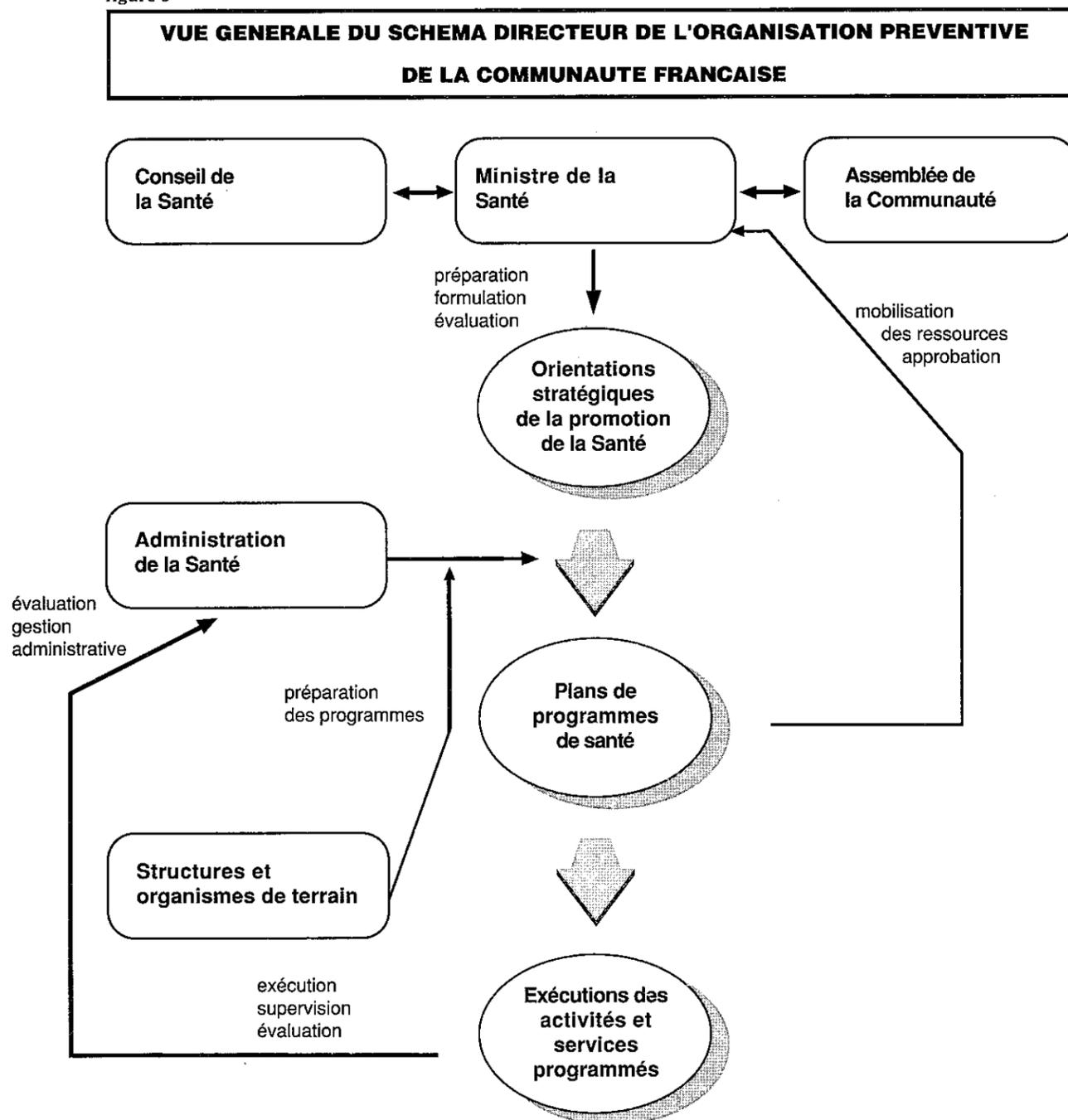
La figure 5 présente une vue générale d'un schéma directeur de l'organisation préventive de la Communauté française.

Ce schéma essaye de concilier le modèle gestionnaire de la santé avec une organisation des institutions et du système de prise de décision et d'intervention de la Communauté française. Les institutions, en général, existent déjà dans le système. Les aménagements des processus gestionnaires internes devraient permettre aux structures de pro-

gressivement assumer les responsabilités indiquées dans le schéma. Il s'agit donc d'un scénario qui essaye de tenir compte des contraintes de faisabilité.

Des schémas complémentaires - non repris dans ce résumé - détaillent le schéma général et en précisent les modalités d'application.

figure 5



# Prévention sida

## A quoi sert l'Agence?

**Il y a quatre mois, nous vous présentons la toute nouvelle Agence de Prévention du Sida. Après quelques semaines d'activité, il nous semble important de faire le point, d'autant plus que l'Agence a été au centre d'une polémique au début du mois de mars.**

"Pour faire face à la menace du virus mortel, unissons nos forces" recommande l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Organismes de prévention du sida, de soins de santé, d'assistance sociale et d'accueil des séropositifs sont appelés à se coordonner pour lutter globalement contre la maladie.

En créant l'Agence de Prévention du Sida, le Conseil de la Communauté française emboîte le pas à cette recommandation. L'Agence, comme ses cousines française, suisse ou allemande,... est chargée de coordonner, de créer et de stimuler les actions menées par les différents organismes de prévention. La création d'une telle agence permet ainsi la rencontre de tous les acteurs de la prévention autour d'objectifs communs et ce, dans un même esprit éthique.

Aujourd'hui, on le sait, le sida n'est plus la maladie des homosexuels et des toxicomanes. Pour preuve, les chiffres de la progression du virus: chaque jour en Belgique, trois nouveaux séropositifs sont dépistés. Bilan inquiétant qui ne révèle pas pour autant l'ampleur du phénomène, car certains séropositifs s'ignorent.

Pour l'Agence de Prévention du Sida, cette lutte s'oriente en trois pôles, éviter que la population en bonne santé ne soit contaminée, inviter les personnes ayant des comportements à risque à passer un test de dépistage du virus, accompagner les séropositifs dans la maladie et veiller à leur intégration au sein de la société.

### Dialoguer avec les services existants

Pour mener à bien cette lutte, l'Agence coordonne les services de prévention existants et des intervenants de terrain.

Avec le CCAD (Comité de Concertation Contre l'Alcool et la Drogue), qui vient d'ailleurs de s'installer à la même adresse que l'Agence, Prévention Prostitution Sida et le SAF (Service social des étrangers), elle met en place des programmes de prévention ciblés vers des populations spécifiques, toxicomanes, prostituées, étrangers,...

Avec le CEDIF (Centre de documentation et d'information de la fédération francophone belge pour le planning familial et l'éducation sexuelle), l'Agence permet aux professionnels de la santé, de l'assistance sociale ou de l'enseignement de se former à la prévention du sida. Ainsi, ils peuvent être des relais efficaces auprès de leur public.

Pour l'accompagnement des séropositifs face à la maladie, l'Agence de Prévention du Sida collabore avec les structures actives dans ce domaine, les centres de référence des universités et l'asbl Aide Info Sida.

### Concevoir un plan général de prévention du sida

Actuellement, en concertation avec les services actifs, l'Agence construit un Plan général de prévention du sida qui orientera désormais toutes les actions et campagnes de prévention. Bientôt, ce plan, véritable contrat de solidarité entre tous, sera soumis au Ministre des Affaires sociales et de la Santé, Magda de Galan.

L'information du public en est une base. Informer sur ce qu'est le sida, sur les modes de transmission du



virus doit permettre au public de se représenter les risques qu'il court. Une bonne information engendra, par ailleurs, un meilleur accueil et une meilleure considération des personnes séropositives dans notre société.

Parallèlement à l'information du public, le plan vise à réduire les risques de transmission du sida, par les relations sexuelles, par l'échange de seringues entre toxicomanes, par le lien congénital entre la mère et l'enfant. Si actuellement, la Belgique offre une grande sécurité dans la manipulation du sang, les comportements sexuels et toxicomaniaques ne tiennent pas encore suffisamment compte du risque sida. Le plan privilégiera donc notamment le message sur le préservatif et encouragera l'utilisation de seringues stériles ou la désinfection des seringues usagées.

Outre la stimulation du public à adopter des comportements préventifs, l'Agence favorisera l'accès du public aux moyens de prévention - l'accès aux préservatifs et aux seringues doit être amélioré.

Mais outre la coordination de la politique de prévention, l'Agence mène des actions d'information, de sensibilisation du public.

### Décentraliser

La prévention doit être proche de chacun. Dès lors, il est nécessaire de décentraliser l'action. Pour répondre aux demandes des acteurs locaux - communes, CPAS, écoles, maisons de jeunes,... l'Agence disposera bientôt d'un bus de la prévention. Mis à la disposition des différentes structures existantes, il sera accompagné de différents programmes et animations (distribution de préservatifs, théâtre de rue,...).

## Malades cancéreux: plate-forme des groupes d'entraide

### Un premier pas vers la notoriété et le développement du secteur

Les groupes d'entraide se sont considérablement développés ces quinze dernières années. Aux Etats-Unis, on estime le nombre de leurs membres à environ 20 millions de personnes. En Angleterre, on compterait 50.000 groupes et en Allemagne, il existe un groupe d'entraide pour 4.000 habitants. Dans notre pays, la Flandre compte déjà 1.200 groupes et en Wallonie, le mouvement, encore assez limité, devrait également connaître un bel avenir.

### 30 groupes d'entraide présentent leur plate-forme sociale

En décembre 1991, l'Association contre le Cancer a organisé un rassemblement national des groupes d'entraide pour les patients cancéreux.

Lors de cette rencontre, une plate-forme, élaborée en commun par 30 groupes d'entraide, a été présentée. Ce document met principalement en exergue :

- l'intérêt d'une réelle collaboration entre les services médicaux et sociaux des institutions de soins et les groupes d'entraide;
- le besoin de formation des groupes d'entraide, ainsi que leur demande d'un financement structurel de la part des pouvoirs publics;

- les différents besoins financiers non couverts de certains patients (médicaments non encore admis au remboursement, prothèses, ...);
- le besoin d'un accompagnement psycho-social.

En introduction, le document rappelle aussi la spécificité des groupes d'entraide :

*"Dans les groupes d'entraide, le patient entre en contact avec des personnes ayant vécu la même chose et qui ont appris à vivre avec leur handicap ou leur maladie. Au sein d'un groupe d'entraide, il y a énormément d'expériences à partager en matière de vécu."*

*Ce contact privilégié avec ces ex-patients ayant vécu la même chose fait que l'aide offerte est unique.*

*En outre, les groupes d'entraide peuvent aussi développer d'autres activités telles que :*

- la défense des intérêts des membres;
- l'information du public;
- l'organisation de services;
- l'organisation d'activités sociales et récréatives
- l'apprentissage de techniques de soins personnels".

### Vers un forum des groupes d'entraide en Communauté Française

Cette initiative, spécifique à une pathologie particulière, doit intéresser au plus haut point tous les groupes d'entraide existants, quel

que soit leur champ d'action.

Il est clair que la notoriété du mouvement des groupes d'entraide passe par une information plus large du grand public et une présence accrue dans les médias. Cet objectif est à leur portée en augmentant les occasions de rencontre et les possibilités d'opérations conjointes.

Dans cette optique, la cellule inter-mutualiste U.N.M.S.-A.N.M.C., qui a publié le "Guide méthodologique/ Inventaire des groupes d'entraide dans la Communauté française de Belgique", prépare pour septembre 1992, la tenue d'un **forum des groupes d'entraide** (\*).

Les objectifs de ce forum sont actuellement définis comme suit:

- populariser la notion de groupes d'entraide dans le grand public;
- promouvoir les groupes d'entraide auprès d'organismes qui peuvent favoriser leur création;
- favoriser les échanges entre les groupes;
- proposer la création d'un centre de coordination.

La volonté existe de développer et de populariser une institution sociale dont le but est d'occuper le large espace qui se trouve entre le cabinet du médecin et la solitude du souffrant (même entouré avec attention), dont la valeur n'est plus à mettre en doute.

La convergence des initiatives décrites ci-avant ainsi que le travail rigoureux accompli par les nombreuses associations actives sur le terrain augurent favorablement d'une explosion prochaine du secteur.

(\*Le guide/Inventaire (gratuit) ainsi que tout renseignement sur l'organisation du Forum peuvent être obtenus en s'adressant à U.N.M.S. - Promotion de la Santé, rue Saint-Jean, 32-38, 1000 Bruxelles  
Tél.: 02/515.05.34.

Le Conseil de la Santé jouerait un rôle central dans la proposition des choix des stratégies de promotion de la santé et de l'évaluation de l'impact de celles-ci.

Il regrouperait les principaux conseils consultatifs (CCCPS, Conseil de l'Inspection Médicale Scolaire, Conseil Parenté Responsable, Conseil de la Guidance). Ce conseil n'aurait pas de responsabilité d'avis de type administratif sur l'agrément de structures: fonction qu'il est préférable de confier à des commissions ad hoc travaillant en étroite collaboration avec l'Administration.

Le Conseil de la Santé serait doté d'un secrétariat propre, avec une composante scientifique de haut niveau et une composante logistique performante (moyens humains et matériels adéquats). Ce secrétariat, indispensable pour assurer une réelle productivité au Conseil, nécessite des ressources supplémentaires.

Les rapports concernant les orientations stratégiques de la promotion de la santé en Communauté française sont proposés au Ministre qui, par la procédure adéquate, peut les soumettre à l'Assemblée de la Communauté française assortis d'éventuelles propositions budgétaires.

Pour assister le Conseil dans ses responsabilités stratégiques, il est proposé une nouvelle fonction, **les centres de ressources scientifiques**.

Ces centres ont une mission de conseil scientifique spécialisé et permanent sur la promotion de la santé. Il est possible de confier à des structures existantes (exemple, le Conseil scientifique de l'ONE pour les problèmes de la petite enfance) les responsabilités de Centre de Ressources Scientifiques.

Les Centres de Ressources Scientifiques se verraient éventuellement confier des missions de conseil auprès des structures et de l'Administration au stade de la formulation des programmes de santé. Le Centre de Recherche Opérationnel

en Santé Publique (CROSP) pourrait être chargé de coordonner cet apport sur le plan méthodologique. Sur le modèle des services agréés en Education à la Santé, le mandat de ces Centres de Ressources Scientifiques serait de durée limitée (5 ans), et attribué éventuellement après appel d'offre.

La création de la fonction "Centre de Ressources Scientifiques" permettrait une accessibilité permanente à l'expertise de santé publique et la rentabiliserait.

### Ceci n'est pas une conclusion

Les fondements de l'organisation des principales structures préventives en Communauté française datent de plusieurs dizaines d'années. Des besoins de santé nouveaux ou mieux perçus sont apparus; certaines structures se sont adaptées, d'autres ont été créées plus récemment pour répondre à ces besoins, d'autres enfin n'ont pu évoluer assez rapidement.

La présente recherche a permis de récolter et d'organiser une information volumineuse sur les besoins de santé et les structures préventives. Par définition, ce canevas de "diagnostic communautaire" est à développer en continu sur les plans qualitatif et quantitatif.

Un premier essai d'identification de problèmes d'organisation et de formulation de tâches à accomplir pour les résoudre a été effectué. Ce volet du travail reste préliminaire puisque, étape fondamentale à nos yeux, l'approfondissement des constats de l'équipe de recherche en collaboration avec des experts extérieurs et avec les organismes de terrain n'a pu être mené à terme dans le laps de temps disponible.

Les résultats de cette recherche indiquent que les méthodes d'analyse initiées par le Conseil Communautaire Consultatif de Prévention pour la Santé forment un cadre de référence fonctionnel et utile pour l'analyse des besoins de santé et

pour une démarche, à poursuivre, de réorganisation des structures préventives.

### Remerciements

Cette étude a bénéficié du soutien financier de la Communauté française.

Le travail des chercheurs et des consultants a été grandement facilité par la collaboration de la Direction Générale de la Santé du Ministère de la Culture et des Affaires Sociales, ainsi que par la collaboration des directions et du personnel des structures étudiées.

De très nombreuses personnalités ont aimablement communiqué à l'équipe leurs remarques, suggestions ou corrections sur des parties de ce rapport.

### Références

(\*) Il s'agit de R. Tonglet, M. Meersseman, F. Renard, B. Swennen, M. Boutsen, P. Buekens, P. Hennart - Ecole de Santé Publique/ULB; D. Grodos - Médecin du Travail; A. Vandenbroucke - Ecole de Santé Publique/UCL; P. Meeus - Ecole de Santé Publique/UCL/Médecins sans Frontières/AEDES; P. Gillet - Ecole de Santé Publique ULg; C. Burquel - UCL; P. De Wals - Université de Sherbrooke (Québec).

(1) Les buts de "la Santé pour tous" de l'Organisation Mondiale de la Santé. Quelle réalité en Communauté française de Belgique?, Conseil Communautaire Consultatif de Prévention pour la Santé, 1989.

(2) Les buts de la Santé pour tous, Organisation Mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1985.

(3) La planification de la santé, R. Pineault et C. Daveluy, Agence d'ARC Inc., Montréal, 1986.

**L. Berghmans, A. Levêque, C. Mahoux, L. Deville, I. Bériot, D. Piette, J.A. Bury, R. Lagasse**

## Education par les pairs et prévention du sida

Cet article est tiré d'un dialogue entre Geneviève Houlioux, de l'équipe Promes ULB et Marie-Claire Blaimont, une journaliste qui a participé avec Anne Guyaux à l'élaboration du dossier de presse de l'Equipe d'Interaction Sociale et Rédactionnelle de la Nouvelle Gazette intitulé SID'Amour on parlait.

- Tu as travaillé sur un projet d'éducation par les pairs à l'école secondaire dans un but de prévention du sida. En quoi consiste cette méthode?

- L'éducation par les pairs est une méthode qui repose sur le principe suivant: les jeunes sont souvent, pour les jeunes, de meilleurs informateurs que les adultes. On va donc les utiliser comme relais. On s'est en effet rendu compte dans différentes études à l'étranger et en Belgique que les jeunes communiquent facilement entre eux, qu'ils emploient des mots à eux, que c'est pour eux normal de parler de sexualité, de vie affective et même de contraception et de sida. Utiliser les jeunes comme canal de communication permet de partir de leur vie, de leur vécu personnel et cela, plus facilement que si le message vient d'un adulte. De plus, les jeunes pratiquent entre eux et tout naturellement, des actes d'entraide: ils se donnent un coup de main, se passent une adresse, se communiquent des informations. Pourquoi alors ne pas utiliser ce réseau social naturel pour faire face au nouveau problème posé par le sida?

Cette méthode a été expérimentée aux Etats-Unis dans le domaine de la prévention du tabagisme et a donné des résultats très satisfaisants. Au Québec, la méthode a été utilisée pour prévenir les grossesses indésirées des adolescentes et pour promouvoir une contraception responsable. Cela avait donné des résultats tout à fait encourageants.

L'équipe québécoise est venue en Belgique et a rencontré Martine Bantuelle (Educa-Santé) qui s'est dit qu'il serait intéressant de pouvoir adapter cette méthode-là en Belgique. Martine Bantuelle a proposé ce projet à Danielle Piette de l'Ecole de Santé Publique de l'ULB et elles sont devenues co-promotrices du projet. C'était en janvier 1988...

- Quand vous pensiez adapter cette méthode à la Belgique, c'était en termes précis d'éducation à la santé?

- Oui. L'idée était d'expérimenter la méthode dans le champ de l'éducation pour la santé. Nous avons choisi le problème du sida en nous disant que c'était un thème valable pour tester la méthode, pour voir si elle marchait. La prévention du sida et l'éducation sexuelle et affective sont des démarches difficiles devant lesquelles les adultes sont parfois démunis. Il paraissait évident d'essayer cette méthode dans ce créneau-là. Quand nous avons introduit la demande de subvention au Ministère, nous avons reçu le feu vert. D'autres que nous jugeaient donc intéressant d'estimer si la méthode était réalisable en Belgique, si elle était efficace, si elle était institutionnellement reproductible et donc, si elle pouvait être généralisée à la Communauté française de Belgique.

- Vous avez construit le projet sur quel mode? Vous avez adapté le projet canadien au contexte belge?

- Nous avons adapté le projet en tenant compte du contexte belge qui est relativement différent. Ce qui est spécifique au projet de la Communauté française, c'est que nous n'avions pas et que nous ne voulions pas avoir les mêmes moyens financiers qu'au Québec: l'équipe de Rimouski est une équipe de recherche de 5 personnes, avec une équipe de travailleurs

sociaux et d'animateurs en permanence dans les écoles. Ici, nous voulions pouvoir généraliser la méthode si nous l'estimions pertinente; elle ne devait donc pas entraîner des coûts élevés. Il était impensable de placer une équipe dans chaque école! Nous avons fait le pari qu'on pouvait trouver dans chaque communauté scolaire et dans ce qui gravite autour de l'école les compétences dont nous avions besoin pour réaliser le projet. Ce qui veut dire que, lorsque nous avons décidé d'implanter la méthode, nous avons fait au préalable tout un travail d'approche du terrain pour cerner toutes les ressources locales autour des trois écoles pilotes. C'est la partie institutionnelle du projet.

Cela signifie prendre beaucoup de temps à rencontrer les gens sur le terrain, à voir qui fait quoi, comment ils travaillent et à discuter le projet avec eux. Il faut voir qui a la volonté d'agir et qui possède les compétences nécessaires. Les premières équipes que nous avons rencontrées sont des services de tutelle sanitaire, des IMS (Inspection Médicale Scolaire), des PMS (centre Psycho-Médico-Social) et bien sûr des centres de planning familial.

Nous avons pris des contacts avec une personne pouvant jouer une fonction-clé au départ de l'implantation du projet, c'est-à-dire quelqu'un qui va permettre d'ouvrir des portes dans toutes ces structures qui gravitent autour de l'école et qui va permettre de prendre des contacts dans la première phase du projet. Le **facilitateur** est quelqu'un de vraiment très important: il peut rendre le projet possible. Dans une école, le facilitateur a été un conseiller pédagogique; dans une autre, le médecin scolaire et dans la troisième, le directeur de P.M.S. Ces personnes nous ont permis, non seulement de voir les directions d'école, mais de voir aussi des organismes sur le terrain et de créer un contact et une coordination.

- Sur quels critères avez-vous choisi les trois écoles participantes?

- Les écoles ont été choisies selon les critères québécois: des écoles

Elle veut également situer la prévention dans un contexte plus large de bases scientifiques pour la promotion de la santé. Ceci requiert recherche et mesures dans des domaines qui se situent en dehors des soins de santé. L'Association remplira ces tâches en collaboration avec les associations similaires dans d'autres pays européens et avec les organisations internationales actives dans le domaine de la santé et de l'environnement.

Lors de la fondation de l'Association à Bruxelles, le Docteur Jef De Loof, ancien président de l'Institut Flamand de Recherche en Médecine Générale, et président du Groupe Flamand de Concertation sur les soins de première ligne (VELO) a été élu président de l'Association. Les vice-présidents sont les Professeurs Désiré Rondia, toxicologue à l'Université de Liège, et Luc Hens, biologiste à la Vrije Universiteit Brussel. Le secrétaire - coordinateur de l'Association est le Docteur Guy Magnus, du Service d'Etude en Santé Communautaire à Anvers.

La première Assemblée Générale a proposé le Professeur Désiré comme président du groupe de contact constitué dans le cadre des activités du Fonds National de la Recherche Scientifique. Les autres membres du Conseil de Direction de l'Association sont les Professeurs Jacques Kummer, chimiste à l'Université Libre de Bruxelles, Eugène Schifflers, biostatisticien aux Facultés Universitaires Notre-Dame de la Paix de Namur, et Franz Baro de la Katholieke Universiteit Leuven, comme spécialiste de la santé mentale.

L'Association possède une structure juridique qui peut être reconnue à la fois par les autorités nationales, régionales et communautaires. Plusieurs administrations ont d'ailleurs participé à la fondation de l'Association.

Le siège social de l'Association est situé au Fonds National de la

Recherche Scientifique à Bruxelles. Le secrétariat et la coordination sont au Service d'Etude en Santé Communautaire / Gemeenschappelijke Gezondheid, Uitbreidingsstraat 506, 2600 Anvers, tél.03/230.92.32, fax 03/230.16.44. ■

## L'advocacy, késako?

Dans son texte "Les médias améliorent-ils la santé?" (n°66, p.10), Lise Renaud utilise le terme "advocacy". Des lecteurs, qui baignent sans doute moins que l'auteur de l'article dans la culture nord-américaine, nous ont demandé de les éclairer à ce sujet.

Si le sens premier du mot, plaider, est assez simple à saisir - on y retrouve le mot français avocat -, sa signification dans le domaine de l'éducation pour la santé ne va pas de soi.

Michel Demarteau, grand spécialiste du Canada, interrogé à ce sujet, nous a rappelé le texte de la Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé (1986), un document bilingue anglais-français.

L'advocacy considéré comme un élément-clé de la promotion de la santé, y est défini ainsi:

*Promouvoir l'idée (Advocate)*

*Une bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie. Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé. La démarche de promotion de la santé tente de rendre ces conditions favorables par le biais de la **promotion des idées** (advocacy for health).*

## Tous en péniche!

Durant un mois, du 14 janvier au 14 février 1992, la péniche CINNA a évolué de Liège à Bruxelles en passant par Charleroi pour présenter les initiatives locales de prévention des toxicomanies.

Projet européen transfrontalier "Drogues-Péniche-Prévention", ce programme ambitieux poursuivait plusieurs objectifs: offrir un espace mobilisateur, sensibiliser et informer, favoriser les échanges entre les partenaires de la prévention et susciter la rencontre et la collaboration entre services spécialisés en toxicomanie et partenaires du réseau de l'éducation pour la santé.

A long terme, ce projet vise à développer progressivement un réseau "culture de la santé" dans la gestion de la prévention des toxicomanies en poursuivant la volonté d'induire ainsi le concept d'approche globale.

Trois lieux, Liège, Charleroi et Bruxelles, mais aussi trois initiatives locales en Communauté française qui ont permis de montrer les spécificités de chacun et de développer un partenariat entre les différentes associations et ce, déjà lors de l'organisation des activités.

Dans chaque lieu, se sont déroulées rencontres et discussions entre intervenants et acteurs pour développer des échanges transversaux: entre générations, entre niveaux d'intervention, entre cultures, entre organismes,... Pour exemple, citons quelques thèmes abordés: l'image de la toxicomanie et de sa prévention véhiculée au travers des médias, la collaboration entre l'aide sociale et le secteur thérapeutique, le groupe de réflexion pour les

parents, la prévention pour et par les jeunes,...

Le public visé était donc multiple, défini comme transculturel, transgénérationnel: jeunes, parents, intervenants, spécialistes, généralistes de l'éducation pour la santé,...

Riche dans ses objectifs, l'expérience menée mérite dans les semaines

à venir d'en dire plus sur les résultats de cette opération importante: quel a été l'impact? Quelle a été l'importance du public touché? Comment ont pu se faire les rencontres de ces publics multiples? Quelle est la satisfaction des organisateurs?

Nous espérons pouvoir vous en dire plus dans un prochain numéro... ■

## Création d'une Association Scientifique de l'Environnement et la Santé (ASES)

Une nouvelle association vient de se créer au Fonds National de la Recherche Scientifique. Elle rassemble les chercheurs de l'ensemble de la communauté universitaire belge intéressés par l'étude des relations entre environnement et santé, ainsi que des professionnels dans ces domaines et des représentants des autorités publiques.

La médecine environnementale étudie l'influence des pollutions du milieu de vie sur la santé humaine. Elle repose d'une part sur diverses branches de la médecine, la médecine préventive surtout, et d'autre part sur les sciences de l'environnement. Elle s'est développée dans d'autres pays en discipline scientifique individualisée.

L'importance scientifique autant que sociale de cette discipline s'affirme de jour en jour. En Belgique également, il était devenu nécessaire d'instaurer un forum scientifique favorisant le rassemblement des connaissances et les échanges d'informations dans ce domaine. Le Groupe d'initiative interuniversitaire "Soins de santé et environnement" a donc décidé de développer son activité dans ce sens et de

créer une association scientifique rassemblant des représentants des sciences naturelles et sociales, des disciplines professionnelles appartenant aux sciences de la santé et de l'environnement, et les administrations aux niveaux national, régional et communautaire.

L'Association souhaite exercer ses activités d'information et de conseil, tant pour les autorités que pour la communauté médicale et la population en général. Dans ce but, elle oeuvrera pour plus de transparence dans les problèmes de santé/environnement, pour le développement de normes et de recommandations sanitaires, et pour l'adoption de mesures pratiques de protection de la santé de la population et de la qualité de son environnement.

L'Association s'attachera pour commencer aux problèmes de l'exposition des gens à des substances toxiques ou dangereuses, de la mesure des effets de ces substances et de l'évaluation du risque, et enfin à l'infrastructure scientifique nécessaire à la mise en oeuvre de modes pratiques de prévention, y compris la prévention non-médicale.

avec une population de 500 et 1.000 élèves qui rassemblaient les différents types d'enseignement organisés en Communauté française, c'est-à-dire l'enseignement général, technique et professionnel. C'était nécessaire pour estimer la pertinence de la méthode dans les trois filières d'enseignement. Il fallait avoir aussi une bonne répartition entre filles et garçons et rencontrer des élèves étrangers et des élèves belges. Nous avons travaillé à Ath, à Charleroi et à Bruxelles. Nous avons présenté le projet à quelques écoles: les écoles devaient être volontaires. Il est réaliste de demander des écoles volontaires pour un projet de ce type bien qu'au niveau de l'évaluation scientifique, il est préférable qu'elles soient tirées au sort.

Maintenant, après l'évaluation, nous nous sommes aperçus que c'est une erreur d'aligner nos critères de sélection des écoles sur les critères québécois.

Vous vous rappelez que nous ne disposions pas des mêmes moyens financiers pour des raisons de reproductibilité. Cela veut dire que les personnes ressources impliquées dans le projet ne sont pas rémunérées pour leurs prestations et que dès lors leur disponibilité n'est pas celle d'une équipe se trouvant en permanence dans l'école et rétribuée à cet effet.

*Que veux-tu dire par "c'est un échec par rapport aux critères qui ont été employés au Québec"?*

- Les écoles étaient beaucoup trop grandes et on n'a pas formé suffisamment de multiplicateurs. On a formé un groupe de 8 à 12 jeunes dans chacune des écoles pilotes. Mais il y a eu des désistements de jeunes relais pendant la formation et après la formation. C'est important, j'en parlerai plus loin. Dans l'expérience québécoise, trois sessions de formation étaient organisées par an et une cinquantaine de jeunes ont pu être ainsi formés tous les ans pendant plusieurs années. De cette manière, on couvre toute la population scolaire. Les équipes locales belges n'avaient pas les ressources nécessaires pour agir sur une telle échelle.

A Charleroi, la 2ème année de l'expérience, l'équipe locale a ajusté son intervention à ses moyens en centrant son travail dans un seul niveau d'étude. Le recrutement des jeunes s'est limité aux élèves de quatrième année. Cela représente une alternative possible adaptée à nos moyens.

*- Comment se déclenche le processus à partir du moment où l'école est choisie et où on a obtenu l'accord de la direction?*

- Le processus est divisé en 2 parties. Un processus dirigé vers les adultes et un processus de formation des jeunes.

La première étape est dirigée vers les adultes, il s'agit de sensibiliser le terrain et de faire l'inventaire des ressources locales (avec l'aide du facilitateur). Les ressources et les potentialités sont différentes dans chaque école. Mais peu importe: il faut arriver à dessiner une équipe locale pluridisciplinaire ayant envie de travailler en groupe, de collaborer. Il faut un consensus local autour des objectifs et des méthodes de travail. Pluridisciplinarité et consensus sont les deux caractéristiques essentielles et nécessaires de cette partie du projet.

Nous avons volontairement donné peu de consignes de travail aux équipes pour qu'elles puissent développer le projet et vivre leur propre expérience en fonction des spécificités locales. Mais la formation des jeunes relais doit impérativement couvrir à la fois le domaine des attitudes, des connaissances et des aptitudes. Il est généralement nécessaire d'avoir différentes disciplines pour couvrir ces domaines: des psychologues, des assistants sociaux, des infirmières, des médecins, des animateurs de planning. On a même fait appel à des juristes. Ils ont tous travaillé ensemble, c'est déjà un succès.

Au niveau de l'équipe locale, il faut aussi un **coordinateur** qui est le pivot de l'équipe et qui orchestre les différentes parties du projet. Les coordinateurs sont identifiés de manière naturelle: ils se sont dégagés dès les premiers débats. Le projet a été très lourd pour eux,

tout ce travail supplémentaire est bénévole. C'est l'idéal s'ils peuvent être déchargés en partie de leur travail habituel. Peut-être faut-il deux coordinateurs: un extérieur à l'école et un de l'école. Ce serait une hypothèse de travail à creuser. Car le coordinateur a un travail énorme à faire: il doit assister à toutes les séances de formation des jeunes; il doit réunir régulièrement l'équipe locale pour voir comment ça se passe; il doit chercher du matériel et continuer certains types de contact avec les directions d'école, les enseignants et éducateurs pour expliquer comment le projet avance; il doit organiser des contacts avec les parents à certains moments; il doit assurer la supervision des jeunes une fois la formation terminée, sans parler de sa responsabilité dans la continuité et de la reconduction du projet.

Maintenant le projet pilote est terminé. Dans une équipe, le projet ne continue plus parce que la coordinatrice locale a changé de poste. Donc l'équipe n'a pas repris. Comme l'âme du projet est le coordinateur, si le coordinateur part, il y a beaucoup de chances pour que le projet s'arrête. Il faudrait responsabiliser le coordinateur et inclure dans ses fonctions le fait d'assurer son remplacement en cas de départ. Nous n'avons pas prévu cette éventualité. C'est une lacune importante.

Dans une autre école, le coordinateur, débordé par d'autres activités n'a pas poursuivi le projet. Isolé dans son équipe, il a cependant l'espoir de pouvoir le reproduire.

Dans la troisième équipe, un membre de l'équipe de recherche que j'ai remplacé a assumé la tâche de coordinateur. C'était une autre erreur. Il faut que ce soit quelqu'un dans l'équipe ou dans l'école. Cette équipe a finalement réorienté le projet vers des actions d'information plus en accord avec ses compétences et ses disponibilités. Mais, il faut souligner que la dynamique ne s'est pas arrêtée même si le projet a été réorienté! L'équipe constituée à l'occasion de l'expérience (IMS/PMS) se maintient autour de ces projets d'information.

- On ne pourrait pas imaginer ultérieurement que la personne qui assure le rôle de coordinateur soit entièrement détachée pour le projet et rémunérée par une subvention pour qu'elle remplisse ce rôle à temps plein?

- C'est une possibilité théorique complètement irréaliste au point de vue du financement par le Ministère de l'Education. Il faudrait investiguer les différentes sources possibles de financement, par exemple voir si une commune peut financer un coordinateur scolaire pour ses écoles. On doit faire des propositions concrètes et réalistes. Une idée des Anglais est un coordinateur "éducation santé" au sein de chaque école, quel que soit le sujet. Comme par exemple les enseignants qui, en plus de leurs cours, organisent les remédiations. Il est important de favoriser une démarche volontaire de la part des enseignants coordinateurs pour garantir une certaine qualité des relations avec les enseignants et avec les élèves.

- Quelle serait la participation idéale de l'école?

- Dans notre projet, la participation a été minimale. Le début du projet s'est situé entre deux grèves et le climat rendait difficile une demande qui exige encore plus de travail de la part des enseignants. Au départ, nous avions prévu un comité d'accompagnement qui pourrait expliquer comment le projet évoluait. Cela s'est révélé trop lourd à organiser. En fait, ce qui était demandé était une participation minimale. Il y a eu des problèmes à certains moments à cause du peu d'investissement des enseignants. Il faut vraiment une collaboration étroite de l'école pour assurer, par exemple, l'accessibilité des locaux et l'aide logistique nécessaire aux actions des multiplicateurs.

- Concrètement, comment cela se déroule-t-il par rapport aux élèves?

- L'équipe locale, une fois constituée, se fait connaître des élèves. C'est la phase de sensibilisation qui s'est déroulée différemment dans les 3 écoles: les équipes ont organisé des rencontres autour d'un film,

d'une discussion ou encore d'un débat avec des invités.

Après cette phase de sensibilisation autour du thème sida venait le moment de faire de la publicité pour le projet. Ensuite, il y avait le recrutement des élèves selon certains critères de sélection: il fallait un nombre équilibré de filles et de garçons de troisième, quatrième, cinquième. Nous avons regardé le résultat scolaire avec les directions pour le projet. Ensuite, il y avait le recrutement des élèves selon certains critères de sélection: il fallait un nombre équilibré de filles et de garçons de troisième, quatrième, cinquième. Nous avons regardé le résultat scolaire avec les directions car il ne fallait pas handicaper l'année scolaire. Il faut être très attentif à cette sélection et bien connaître la population scolaire car il est important que les élèves soient représentatifs des différents groupes. La sociométrie, outil connu par les agents PMS, permet de dégager des jeunes relais représentatifs et bien intégrés dans leur milieu. L'avis des enseignants est ici aussi une source d'information à ne pas négliger. Ajoutons que la formation n'est pas une formation thérapeutique et que les jeunes relais ne peuvent avoir trop de problèmes personnels, bien qu'à certains moments il soit normal et même nécessaire d'évoquer les difficultés personnelles de communication par exemple.

- En quoi consistait la formation? Comment était-elle organisée?

- La formation, d'une vingtaine d'heures, s'est déroulée différemment dans les trois lieux. Une école a réalisé 10 sessions de 2 heures, une autre 20 sessions d'une heure. Les séances avaient lieu pendant ou en dehors des heures de cours.

Au niveau des objectifs généraux, cette formation devait aborder les connaissances (savoirs), les attitudes (savoir-être) et les aptitudes (savoir-faire) dans un cadre général d'éducation sexuelle et affective.

Les connaissances couvraient les thèmes suivants: le sida mais aussi les MST, la grossesse, la contraception, les organismes locaux de soins préventifs ou d'aide aux jeunes, quelques éléments juridiques sur les droits des jeunes. Au niveau des attitudes, les objectifs sont formulés notamment en terme d'attitudes d'écoute active, de respect; de clarification de ses propres valeurs en relation avec la vie amoureuse.

Les objectifs concernant les aptitudes précisent que le jeune relais doit pouvoir communiquer dans une relation à deux et en groupe, être capable de négocier, pouvoir diriger les jeunes ayant des problèmes, pouvoir résister à la pression des pairs.

Les animateurs ou formateurs des 3 équipes ont travaillé avec les techniques du jeu de rôle, en utilisant des vidéos, ou encore en animant des débats au départ d'étude de cas.

Comme nous voulions une implication maximale des jeunes pendant la formation, nous avons utilisé les méthodes de la pédagogie active, centrée sur les jeunes plutôt que sur les thèmes. Ce sont des méthodes participatives: par exemple, les jeunes travaillaient entre eux la matière reçue pendant un exposé. C'est une manière active d'agir, un processus d'apprentissage et de diffusion d'information qui reconnaît au jeune une certaine créativité, autonomie, responsabilité. La méthode d'éducation par les pairs ne tient pas sans cette caractéristique.

- Qu'est-ce qu'on attend du jeune formé?

- Dans le cadre de relations naturelles d'entraide, c'est-à-dire dans le cadre de l'aide mutuelle que s'apportent les jeunes entre eux, les jeunes multiplicateurs font circuler l'information adéquate sur la sexualité en général et le sida et les MST en particulier. Ils peuvent mener ces actions d'information de manière informelle lors de conversations ou de manière formelle en participant par exemple à l'organisation de certains cours avec leur professeur. Ils ont aussi une fonction de relais en cas de problèmes: ils connaissent les organismes locaux et des personnes relais qui peuvent intervenir dès qu'un problème dépasse leurs compétences.

- Qui oriente la façon dont les jeunes vont se présenter à leurs copains?

- Cela s'est préparé au niveau local. Là, de nouveau, l'équipe de recherche-action n'a pas été suffisamment attentive. Certains jeunes relais ont

Un montage vidéo permet ensuite de montrer toute l'organisation du service des soins intensifs.

Le débat qui fait suite aux exposés permet d'approfondir des points qui ont été moins bien compris du public ou de répondre à certaines questions plus spécifiques.

### En guise de conclusion

Voici cinq ans que nous organisons ce genre de conférence dans l'ensemble des secteurs de la Fédération.

"La maladie coronarienne" ainsi que "La diététique" présentée par Jacqueline Absolonne, sont les sujets qui intéressent le plus de monde.

En ce qui concerne "la maladie coronarienne", un travail d'évaluation avec les docteurs Dubois et Hamoir nous permet d'adapter précisément les conférences aux désirs du public.

Même si, de plus en plus, différentes émissions de télévision font preuve d'une volonté de vulgarisation de la médecine, nous constatons que ce type de conférences-débats a toute sa raison d'être!

Les contacts entre les personnes motivées par la même problématique sont très enrichissants.

La disponibilité des médecins - qui n'ont pas peur de prolonger les débats après leur intervention - permet au public d'approfondir un sujet qui le préoccupe... et le touche, de loin ou de près.

Dans le cadre de ces soirées, certains "malades" ont enfin l'occasion de faire vraiment connaissance avec leur "maladie", d'en comprendre la cause et les conséquences.

Envisager le traitement et ses effets secondaires est aussi primordial pour que le patient puisse se prendre en charge.

Guy Delobel, responsable d'Infor Santé Tournai ■

## 10 H santé

Jeunesse et Santé et Education Santé de la Mutualité Chrétienne Saint-Michel se sont associés pour réaliser un programme d'éducation pour la santé visant à toucher les enfants du primaire de préférence dans les zones d'éducation prioritaire (ZEP) ou dans une école avec cycle secondaire.

Ce programme tourne autour de trois axes:

- une animation dans chaque classe sur base du contenu de la collation apportée par les enfants et de la classification des aliments;
- un stand dans la cour de récréation pendant deux semaines, où les enfants peuvent se procurer une alimentation équilibrée;
- une évaluation et si possible un relais par l'école en vue d'assurer une continuité et une conscientisation à long terme.

La démarche "Collation Santé" se fait en plusieurs étapes:

- prise de contact avec l'école pour identifier la population de l'école et les modalités de collaboration et de suivi avec l'établissement;
- annonce de l'action par une lettre destinée aux parents;
- sensibilisation de l'enfant par une participation active lors de l'animation en classe;
- approfondissement du sujet par l'apport d'un complément d'informations par l'animateur;
- vente de "collations santé" pendant la récréation;
- évaluation avec les enseignants et, si possible, les enfants.

L'animation gratuite est rendue possible par une synergie entre Infor Santé de la Mutualité Chrétienne, Santé chez soi asbl, Jeunesse et

Santé et le soutien du Fonds d'Impulsion à la Politique des Immigrés.

La vente de collation se fait au prix de 20 FB et le bénéfice éventuel ira à l'école.

26 écoles des deux réseaux d'enseignement ont déjà manifesté leur intérêt et ce, dans 8 communes de la région bruxelloise.

Les objectifs sous-jacents de ce programme sont de stimuler l'intérêt des enfants sur un sujet qui appartient à leur vie quotidienne et les encourager à manger "autrement".

Au vu du public cible choisi (enfants d'école primaires à forte population immigrée), le contexte dans lequel s'inscrit ce programme comprend non seulement le rôle des parents et de l'institution scolaire mais aussi des facteurs culturels influant les modes d'alimentation.

Une expérience assurément intéressante, mais dont les objectifs seraient à préciser pour mieux cibler les interventions et faciliter la continuité du programme et son évaluation. L'alimentation est en effet un sujet vaste et le changement de comportements alimentaires touche à de multiples facteurs individuels mais aussi contextuels.

"10 H Santé", Place Colignon 2, 1030 Bruxelles. ■

#### A propos d'Education Santé

Si vous étiez déjà abonné à notre mensuel en décembre, vous avez pu lire dans le numéro 63 l'index des principaux thèmes traités dans Education Santé pendant l'année 1991.

Un index cumulatif des articles parus depuis le mois de décembre 1988 est également disponible. Vous pouvez l'obtenir contre l'envoi de deux timbres à 14 FB à l'adresse de la revue, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles.

Vous pouvez aussi recevoir des anciens numéros ou la photocopie d'un article particulier chez Maryse Van Audenhaege au 02/237.48.53.

## Quand les médecins se mettent au diapason du grand public

### Affections cardiaques

Depuis plusieurs années, nous voyons apparaître une médecine de plus en plus "technicisée": appareillage médical sophistiqué, nouveaux traitements médicamenteux, imagerie médicale des plus complexes...

Or, bien souvent, le malade souhaite prendre en charge sa santé. La famille de ce dernier et une bonne partie du corps médical partagent également ce désir.

La réussite d'un traitement nécessite, en effet, l'information la plus complète possible: respect de la posologie, importance de l'aspect psychologique dans la guérison...

On constate aussi une prise de conscience quant à l'importance de la prévention. La culture "santé" ambiante va dans ce sens. Elle envahit d'ailleurs tout notre champ social (l'école, c'est aussi l'affaire des parents, l'environnement nous concerne tous, notre santé nous appartient...).

### Une information-débat qui a mûri avec le temps

Voilà bientôt cinq ans qu'une infirmière de l'équipe de cardiologie de la Clinique Notre-Dame de Tournai, a souhaité organiser dans un secteur mutualiste une conférence sur le thème des maladies coronariennes.

Une tradition d'animation-santé vieille de plus de dix ans existe au sein du secteur mutualiste d'Estaimpuis: des conférences-débats sur la drogue, l'homéopathie, l'acupuncture, la sécurité sociale.... ont ponctué la vie mutualiste de cette région.

La collaboration des services de la Fédération - et spécifiquement cel-

le d'Infor Santé - a été sollicitée pour l'organisation pratique de cette conférence.

Quelques rencontres de travail entre les deux médecins spécialistes, l'infirmière et l'animateur d'Infor Santé ont permis rapidement de préciser le sujet. Le contenu de la conférence, le relevé des outils pédagogiques existants (montage vidéo, diapositives) ainsi que le matériel pédagogique à créer (transparents, dépliants,...)

Afin de rendre les soirées d'information plus vivantes, un scénario dans lequel exposés didactiques alternent avec débats, montage vidéo... a été prévu.

Voyons d'un peu plus près le contenu.

### Un accueil personnalisé

Dès son arrivée, chaque participant est invité à compléter un questionnaire.

Celui-ci permettra aux intervenants de mieux connaître le public et donc de pouvoir adapter leurs propos à son attente!

Cette petite enquête nous renseigne sur l'âge, le sexe, la profession, les études des personnes présentes mais aussi sur leurs attentes, leurs questions, leurs attitudes, les "sentiments" de chacun en ce qui concerne le sujet.

Une équipe de personnes habituées à ce genre d'exercice dépouille rapidement les questionnaires.

S'agit-il d'un public composé en majorité d'enseignants, d'étudiants, de malades?

Les médecins pourront donc adapter le contenu de leur exposé, leur vocabulaire, les exemples choisis!

Viennent enfin les questions que certains se posent. Chacune en suscite d'autres et invite chaque personne à participer au débat.

### La prévention : un leitmotiv

Le Docteur Albert Dubois a été quelque temps secrétaire de la FARES à Tournai. Sensible à la prévention, il explique à partir d'un montage réalisé par le Centre d'Education du Patient, l'importance de l'information et de l'éducation du malade.

Une partie importante de son exposé concerne la prévention: changements dans notre mode de vie, mesures hygiéno-diététiques, lutte contre le tabagisme, contrôle du cholestérol, surveillance de la tension artérielle, exercices physiques.

Avec l'aide de croquis très simples, il explique la maladie, son évolution, les facteurs principaux de risque.

### Présenter simplement des traitements de plus en plus compliqués

Le Docteur Vincent Hamoir a, lui aussi, recours aux nouvelles techniques de communication pour rendre son exposé le plus simple et le plus compréhensible pour tous.

Afin de permettre au patient de pouvoir dialoguer par la suite avec son médecin, chaque terme médical est longuement expliqué: nécrose, infarctus, angine de poitrine, angor, thrombus, sténose ...

L'ensemble des traitements actuellement envisagés est exposé. C'est ainsi qu'à partir d'un montage vidéo, nous pouvons participer à une "dilatation des coronaires", un pontage...

Les médicaments traitant la maladie coronarienne sont également passés en revue. Les effets secondaires de tels traitements ne sont pas laissés sous silence.

dû faire face à des copains agressifs. D'autre part, on a observé des rivalités. Les jeunes relais devenaient différents et certains élèves se méfiaient de cette "complicité" des relais avec des adultes sur un thème aussi sensible que la vie affective et amoureuse. Cette rivalité, si les adultes n'y prennent garde, peut dénaturer le projet. Il faut prévoir et désamorcer cette agressivité qui peut prendre la forme d'humour excessif, de provocation, etc. Par exemple, imaginer que les jeunes relais doivent rapidement mettre une action sur pied et inclure les leaders potentiels dans la préparation ou la réalisation de leurs actions.

- *Idéalement, ça devrait se faire comment?*

- Il faudrait former suffisamment de jeunes relais, être beaucoup plus attentif dans la phase de sélection pour avoir un représentant de chaque sous-groupe, et ne pas négliger les exercices de communication informelle pendant la formation et la manière adéquate de répondre à l'humour provocateur.

- *Tu as un regret par rapport au suivi des adultes à l'intérieur de l'école?*

- L'action des jeunes s'est un peu estompée d'elle-même dans les 3 écoles par manque de suivi des adultes, par manque de disponibilité, peut-être à cause du climat actuel de l'école ou des effets de la restructuration dans les équipes PMS, ou encore parce que le financement pour la recherche-action a été interrompu plusieurs mois. Dans la phase d'évaluation de l'impact, l'enquête a dû être reportée de 3 mois dans les écoles d'intervention comme dans les écoles contrôles à cause des grèves de l'année 90/91. C'est à cause du problème de disponibilité des adultes à l'intérieur de l'école que nous proposons maintenant un coordinateur interne à l'école, un enseignant volontaire, qui soit là, disponible pour superviser les relais. Je ne sais pas si on peut envisager de généraliser une telle formule.

En ce qui concerne le coordinateur externe, celui qui est responsable de

l'équipe de formation et qui assure le suivi des démarches institutionnelles, on pense tout naturellement aux équipes PMS et/ou IMS dont les missions sont suffisamment larges pour y inclure des projets de prévention primaire comme celui-ci. Chaque école est attachée à un IMS et à un PMS. Il y a même un décret qui prévoit le centre PMS comme centre coordinateur de tout ce qui se déroule à l'école. Il y a de la place et du travail pour tout le monde: les IMS, les PMS, les centres de planning familial, les tutelles sanitaires, les enseignants, les généralistes, les parents...

Une des réussites de l'expérience est d'avoir mis tout ce monde autour d'une table, d'avoir permis le dialogue ou même le déblocage de certains problèmes institutionnels (dus à une méconnaissance de la structure voisine). Pour moi, c'est la réussite majeure de l'expérience. A partir de 1988 jusqu'à 1990, on a pu réunir autour de la table et dans les équipes locales des travailleurs d'IMS/PMS.

- *Idéalement, faut-il former les adultes qui interviennent dans tout ce processus?*

- Nous, adultes, sommes en général démunis lorsque nous voulons aborder le problème des relations sexuelles et affectives avec les jeunes. Mais dans le cadre scolaire, ou dans le champ des activités pédagogiques, les adultes paraissent encore plus démunis: il faut construire une relation de confiance avec un groupe et faire cheminer ce groupe à travers des objectifs pédagogiques. Dans la plupart des cas, les adultes ne sont pas suffisamment compétents pour aborder les différents domaines, au niveau des savoirs, attitudes et aptitudes, ou pour faire travailler un groupe dans une ambiance de confiance: on reçoit des demandes de formation aux techniques de l'animation.

On pourrait imaginer une expérience d'action-formation calquée sur le modèle action-recherche. Un adulte ressource ou une équipe ressource, par exemple une équipe chargée de la coordination locale en éducation pour la santé ou un

centre de planning compétent en formation de formateurs, aurait pour tâche de superviser l'équipe d'intervention locale qui mène le projet pairs dans l'école.

A propos de la formation, laissez-moi vous dire que, suite à ce projet, j'ai travaillé avec l'équipe du CEDIF à l'élaboration d'un module expérimental de formation à partir de l'expérience de formation de ce centre et des lacunes ou problèmes que cette étude d'éducation par les pairs a révélés. Les enseignants disent manquer d'outils, c'est-à-dire de méthodes et de moyens. Il est important de pouvoir partir de leur demande en structurant leur formation autour des demandes et besoins des jeunes. Dans cette formation, nous abordons le problème de l'adulte confronté à la sexualité des jeunes puis le point de vue du jeune concernant le sida mais aussi d'autres domaines comme la relation amoureuse ou la parenté responsable. Et nous essayons de proposer alors aux enseignants des méthodes et des moyens pour aborder et structurer des activités dans les domaines des connaissances, des attitudes, des aptitudes et de l'évaluation.

- *Et les parents?*

- Les parents ont été mis au courant via les associations de parents, par une lettre ou lors d'une réunion. Chaque fois, cette réunion a été un succès. Les parents qui sont là sont toujours très intéressés et coopératifs. Bien sûr, toutes les écoles n'ont pas un comité de parents actifs et tous les parents ne viennent pas aux réunions. Mais il faut les mettre au courant: on offre aux jeunes une occasion de communiquer avec leurs parents sur le sujet.

Tous les multiplicateurs nous ont dit avoir parlé plus aisément de la sexualité avec leurs parents. D'après nos enquêtes, les sources d'information souhaitées et citées par les jeunes sont les parents. Ils réinterpellent les parents dans leur rôle d'éducateur. Cette demande peut témoigner d'un besoin de dialogue avec les parents sur ce sujet-là. D'une manière générale, les projets d'intervention éducative n'intègrent pas suffisamment les parents.

**- Quid de l'évaluation?**

- Il ne faut pas croire qu'on avait oublié l'évaluation! On a analysé l'expérience de différentes façons: le point de vue institutionnel du processus mis en place; les actions mises en place avec les jeunes relais et le troisième type d'analyse qui est encore en cours maintenant, c'est l'analyse de l'impact de la méthode, c'est-à-dire les résultats en terme de prévention du sida.

L'analyse du processus est une analyse permanente qui vise à observer et comprendre ce qui se passe sur le terrain; elle a commencé avec le projet. C'est cette évaluation institutionnelle ou évaluation du processus qui permet d'affirmer que l'éducation par les pairs est possible mais sous certaines conditions, dont la disponibilité des adultes. Une autre évaluation concerne la formation des jeunes relais: ce qu'ils ont appris lors de la formation, ce qu'ils font sur le terrain, après la formation. Le troisième volet de l'évaluation concerne l'impact de la méthode sur les comportements des jeunes que l'on peut mesurer grâce aux trois enquêtes faites avant, pendant et après l'intervention.

*- Les jeunes qui ont suivi toutes ces formations, que font-ils sur le terrain? Est-ce qu'ils disent que cette expérience a changé leur vie personnelle?*

- Les jeunes ont d'abord appris à mieux se connaître eux-mêmes et bien sûr, cela se répercute dans leur vie en général, pas seulement à l'école. C'est vrai aussi de leur formation à la communication: ils ont appris à communiquer autrement, à écouter les autres jeunes mais aussi les parents et les professeurs. Ils ont également acquis des connaissances concernant le sida mais le plus nouveau, pour eux, semble être les connaissances concernant les organismes locaux d'aide aux jeunes.

Sur le terrain de l'école, les jeunes ont participé à certains cours (morale, bio, etc.), ils ont réalisé des enquêtes, rédigé des articles dans les journaux scolaires, fait des affiches, des tracts, participé à des

émissions de radio, été interviewés dans des journaux. Ils ont aussi accompagné d'autres jeunes dans des plannings, au PMS.

*- Maintenant que l'expérience est terminée, est-ce qu'on va adopter cette méthode?*

- Je ne peux pas parler au nom des autorités. Mais il ne me semble pas judicieux de généraliser cette méthode ou une méthode quelle qu'elle soit sans tenir compte des caractéristiques locales, y compris du projet des enseignants et de l'école. Toutefois, oui, on peut proposer la méthode, à côté d'autres, pour ceux qu'elle attire. Mais encore une fois, il faut avoir suffisamment de temps, suffisamment de moyens. Il faut avoir l'accord des directions, des professeurs. Il faut une volonté permanente de collaborer avec des professionnels en dehors de rivalité de compétence. Enfin, il faut aussi tenir compte des objectifs pédagogiques de l'éducation sexuelle et affective afin de compléter les activités préparées par les jeunes.

**Références**

BANTUELLE M, PIETTE D - Quand les jeunes parlent aux jeunes! - Education Santé n°39, juin 1989:32-33.

HOUIOUX G - Des jeunes, le sida, des chiffres ... - Education Santé n°39, juin 1989:33-34.

PIETTE D et al - Le sida et l'éducation par les pairs : une expérience en Communauté française de Belgique - HYGIE vol. VII, 1989/3:9-14.

PIETTE D (éd.) - L'éducation sexuelle et affective, le sida et les jeunes - Document de travail Santé Pluriel 1990, n°3 - PROMES, ESP/ULB.

*Un dossier plus complet est disponible pour le lecteur intéressé. Il présente les différentes phases du projet, les résultats des interventions, des recommandations et les conditions minimales de reproductibilité. Vous pouvez l'obtenir à PROMES, Ecole de Santé Publique ULB, route de Lennik 808, CP590/6, 1070 Bruxelles. Tél.: 02/555.40.81. ■*

**Evaluation des plans de 5 jours**

Le plan de cinq jours, méthode de renonciation tabagique appliquée par la Ligue Vie et Santé depuis les années 70 en Communauté française de Belgique, propose au fumeur un encadrement structuré basé sur la thérapie de groupe.

A la demande du pasteur Lenoir, une évaluation a été effectuée par l'A.P.E.S. dans le but:

- d'identifier la population participante.

- de décrire l'impact du plan de cinq jours en termes de taux d'arrêt du tabagisme après au moins un an; de crédibilité accordée aux plans un an au moins après y avoir participé; de rayonnement de l'expérience vécue vers l'entourage fumeur du participant.

- de décrire le processus de renonciation: caractéristiques des récidivistes; difficultés et raisons d'"échec" invoquées par ceux-ci.

Une enquête téléphonique (complétée par une enquête-courrier) a été menée auprès de 386 participants aux plans qui s'étaient déroulés 1 an à 1 an et demi avant l'enquête.

**Identification de la population participante**

Plus de la moitié des sujets interrogés sont de sexe féminin. La proportion relative des deux sexes a tendance à s'inverser depuis 1981<sup>(1)</sup>. En effet, à cette époque, les hommes étaient majoritaires (60 %).

Plus d'un tiers des participants sont des employés. Le taux d'ouvriers a augmenté de 5 % en 10 ans. Les participants sans profession sont, eux relativement moins nombreux qu'en 1981 (7,4 % en moins).

## MEDICAMENTS

**Opération "nettoyage de printemps"**

Pour la troisième année consécutive, le service Infor Santé des Mutualités Chrétiennes du Brabant Wallon lance sa campagne "Nettoyage de Printemps, triez vos pharmacies". Celle-ci a pour but de profiter du grand nettoyage traditionnel effectué au printemps pour éliminer de la pharmacie familiale soit les médicaments périmés ou ceux d'usage courant dont on n'a plus besoin.

D'autre part, nous invitons le public à donner ses médicaments excédentaires, périmés ou non, à la Banque de Médicament qui les redistribue, après un tri sévère, dans les pays en voie de développement. Ainsi, nous faisons d'une pierre

deux coups en accomplissant une action concrète d'éducation à la santé, et en collaborant activement à une action humanitaire.

Pratiquement, cette campagne comporte différentes étapes:

- information par voie d'affichage dans divers locaux (amicales, écoles, locaux mutualistes,...);
- diffusion de dépliants et d'informations dans les secrétariats, les écoles, les mouvements...;
- articles dans la presse mutualiste et régionale (notamment sur la façon de trier sa pharmacie et de la ranger);
- animation dans les groupes qui en font la demande;

- diffusion des lieux du Brabant Wallon où le public peut déposer ses médicaments.

Pour la campagne 92, nous avons édité, avec l'aide d'Education Santé, un petit dossier didactique "La pharmacie familiale" qui a été joint comme supplément dans le n°64. Celui-ci se veut un document qui puisse servir de base de travail pour l'animateur qui souhaite traiter ce sujet. Ce dossier est disponible à Infor Santé Caritas.

Outre l'intérêt du tri de la pharmacie, cette action nous a permis de récolter, pendant la période mars-mai 91, pas moins de 248 kg de médicaments dans le Brabant Wallon dont 84 ont pu être envoyés à Bruxelles, au service "Aide aux Malades" des Mutualités Chrétiennes qui gère la Banque de Médicaments.

*Renseignements concernant cette campagne: Infor Santé Nivelles, 54, bd des Archers, 1400 Nivelles, tél.: 067/21.21.21. ■*

**Les 7 piliers de la santé****Un nouvel outil de l'Action Santé de Vie Féminine**

Vie Féminine, service récemment agréé en éducation pour la santé par la Communauté française, nous présentait ses options de travail dans le numéro 65 d'Education Santé. Les objectifs généraux visent une connaissance globale du corps et des attitudes préventives à adopter. Comme annoncé dans cet article, voici arrivé le nouveau module "les 7 piliers de la santé".

Il s'agit d'un outil; il serait donc intéressant de le replacer dans son contexte: public-cible et animatrices-relais, détermination des prio-

rités et des objectifs spécifiques,... N'ayant pas toutes les informations nécessaires à ce propos, nous reviendrons sur ces questions ultérieurement.

Les sept piliers de la santé sont:

- la respiration
- l'alimentation
- l'élimination
- le sommeil
- l'exercice physique
- la relaxation
- l'équilibre psychique et la recherche d'une vie intérieure.

L'idée est que si l'un de ces piliers

est régulièrement négligé ou gravement perturbé, il y a beaucoup de chances pour que le corps "paie".

Le module comprend un dossier global, trois mini-dossiers par sous-publics (jeunes femmes, femmes de 40 ans et aînées), une série de planches anatomiques ainsi qu'une fiche d'évaluation du module pour l'animatrice.

Chacun des piliers est ainsi développé dans le dossier global mais aussi dans les mini-dossiers de façon spécifique, sous forme de questions, de réponses, d'informations qui apparaissent plutôt comme des pistes de travail que comme un outil fini.

Comme le spécifie Thérèse Foucart, responsable de l'Action Santé, il s'agit plutôt d'un outil "martyr" pour entreprendre une démarche proche des femmes.

*Renseignements: Vie Féminine, rue de la poste 111, 1210 Bruxelles. ■*

## Prévention cancer: ne pas remettre à plus tard...

Le service d'information et d'éducation pour la santé néerlandophone (GVO) des Mutualités Chrétiennes lance un programme de prévention des cancers, à destination des élèves de l'enseignement secondaire supérieur.

Le programme intitulé "Zorgen voor later?!... Begin er nu aan!" vise à faire prendre conscience aux jeunes que le cancer peut être prévenu en modifiant certains comportements et règles de vie d'une part, et d'autre part que de nombreux cancers peuvent être guéris s'ils sont dépistés à temps.

Rien de très original par rapport à d'autres projets, peut-être. L'intérêt du programme tient dans le fait qu'il se veut une action intégrée entre l'école et l'IMS.

L'action se fait en trois phases: une leçon préparatoire en classe, une animation dans la salle d'attente du centre de santé lors de la visite médicale, suivie de la consultation chez le médecin scolaire.

La préparation en classe consiste en une introduction à l'examen médical, et une leçon sur la prévention du cancer (l'enseignant ayant reçu au préalable un dossier d'information), au cours de laquelle les élèves répondent à un questionnaire intitulé "Teste tes connaissances sur le cancer".

La deuxième étape est l'animation dans la salle d'attente du centre de santé. Le service d'information GVO a réalisé à cet effet 8 brochures thématiques: cancer, tabagisme, alcool, soleil, alimentation, sécurité, cancer chez l'homme, cancer chez la femme. Chaque brochure comprend des informations, des reproductions de coupures de presse, des exercices et jeux. Ces bro-

chures sont disposées sur un présentoir dans la salle d'attente, les jeunes pouvant librement les lire, seuls ou avec l'aide des infirmières du centre, en discuter, ... Ils préparent une liste de questions qu'ils se posent et aimeraient poser aux professionnels de santé.

Vient ensuite la troisième étape: la consultation chez le médecin. Celui-ci réalise l'examen habituel, puis une discussion s'instaure sur base de la liste de questions que le jeune a préparée.

Tout ceci demande bien sûr un gros investissement de la part de tous les acteurs, enseignants, infirmières et médecins des centres de santé. Mais l'intérêt de ce genre de programme est que, les jeunes revenant plusieurs fois au centre de santé au cours de leur "vie" scolaire, on peut faire un suivi des animations.

Le programme a été testé, dans le courant de l'année 1990, dans deux centres de santé attachés à la Mutualité Chrétienne, à Malines et à Saint-Trond.

L'ensemble du matériel, constitué d'un présentoir avec 3 fois 8 brochures thématiques, de deux dossiers d'informations pour l'enseignant et d'une affiche, est vendu au prix de 500 FB.

Pour tout renseignement, vous pouvez contacter Patricia Van de Vyver (qui a mis au point le programme), Infocentrum GVO-LCM, Wetstraat 121, 1040 Brussel, tél. 02/237.48.64. ■

## L'éducation pour la santé est l'affaire de tous

Nous espérons que vous avez pu vous livrer au savant montage de la petite brochure insérée dans le numéro précédent d'Education Santé.

Malheureusement, malgré le soin pris à la vérification des données, certaines erreurs se sont glissées dans ce document. Merci de bien vouloir corriger votre exemplaire!

### Erratum

Commission Locale de Coordination du Luxembourg  
Le code postal est le 6900 (au lieu du 5400).

Croix-Rouge de Belgique  
Contacts  
Gabrielle Schicks: 645.46.62 (au lieu de 647.46.62)  
Eric Motte: 645.47.78 (au lieu de 646.46.64)  
André Lufin: 645.46.64 (au lieu de 646.46.64).

### Mise à jour

La Cellule Permanente Education pour la Santé  
Contacts  
Véronique Arnold remplace Jacques Lambremont.

CCAD. Fax: 02/676.75.60.

Si vous souhaitez obtenir plusieurs exemplaires (avec un feuillet correctif) de la brochure, vous pouvez adresser votre demande à M. Anselme, Centre de Coordination Communautaire, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/512.42.23.

Les participants aux plans actuels sont, en moyenne, âgés de 40 ans. Les chiffres de 1981<sup>(1)</sup> montrent que l'âge moyen a augmenté de quelques années et que la répartition des âges est actuellement plus étalée qu'il y a 10 ans.

Les sujets interrogés se classent dans la catégorie des "gros fumeurs" définie par l'O.M.S. puisqu'ils fument, en moyenne 26,3 cigarettes par jour. Ils fument depuis 21 ans en moyenne.

La grosse majorité d'entre eux n'a participé qu'à un seul plan.

## Description de l'impact du plan

### L'arrêt du tabagisme

La plupart des participants s'arrêtent de fumer pendant le plan, et plus particulièrement le premier jour du plan. Les réunions post-plan rassemblent un peu moins de la moitié des participants et ces sujets sont, en grande majorité, restés ex-fumeurs.

Un an à 18 mois après le plan, 36,5 % des participants sont toujours ex-fumeurs.

Parmi ces ex-fumeurs, ceux qui ont commencé leur sevrage après le plan ne représentent qu'une minorité et 87,2 % de ces ex-fumeurs n'ont jamais refumé depuis le plan. Notons enfin que dans les deux mois qui suivent le plan, le nombre de sujets qui ne fument plus a presque diminué de moitié par rapport au dernier jour du plan. Ce décalage de deux mois se présente donc comme une période critique dans la mesure où le nombre de rechutes par mois est beaucoup plus élevé que pour la période qui suit.

Depuis 10 ans, le taux d'ex-fumeurs après un an a augmenté de 7,5 %, voire davantage encore si l'on considère que ce taux est sous-estimé à cause de l'échantillonnage élargi aux participants d'il y a 12 à 18 mois.

Ces résultats sont légèrement supérieurs aux résultats d'autres

méthodes pour lesquels on observe habituellement des taux de sevrage de 30% après un an (Reynolds, M. et Schreiden, L., La prévention du tabagisme et de ses conséquences, Fares, Bruxelles, 1990, p. 136-162).

### Crédibilité accordée aux plans un an au moins après y avoir participé

Un an et plus après le plan, aucune différence significative n'a été relevée entre fumeurs et ex-fumeurs à

propos de la crédibilité accordée au plan. La quasi totalité des participants pensent qu'un plan peut aider certaines personnes à arrêter de fumer.

Plus de 65 % seraient disposés à se présenter à une réunion de rappel un an ou plus après le plan, alors que seulement 44,5 % étaient présents à la réunion post-plan il y a un an à 18 mois.

Une minorité (5,3 %) de fumeurs (récidivistes) ont essayé un nouveau plan. Ce fait ne signifie en rien

Tableau 1 : pourcentage cumulé d'arrêt pendant le plan

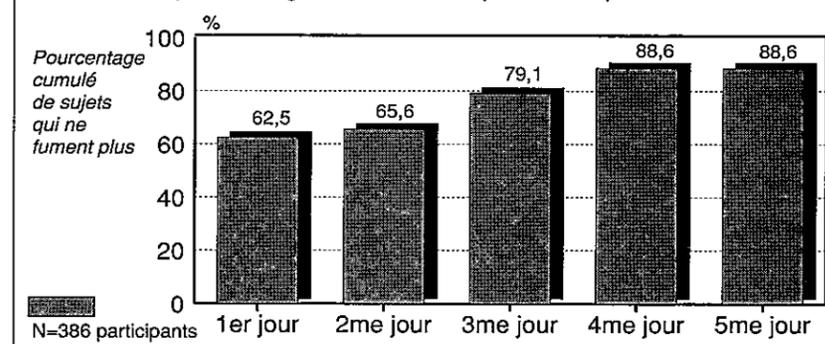


Tableau 2 : après le plan le plan

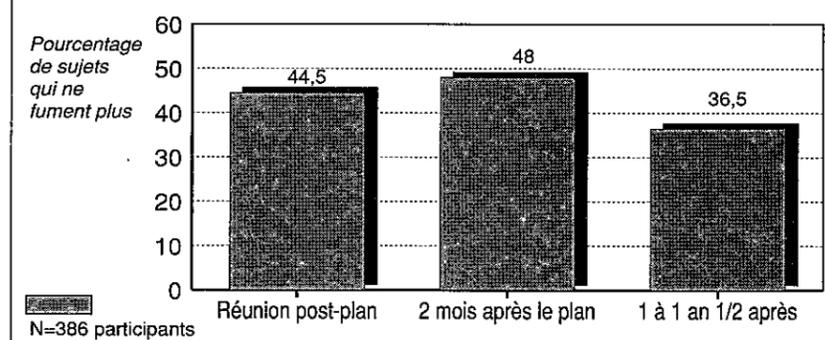
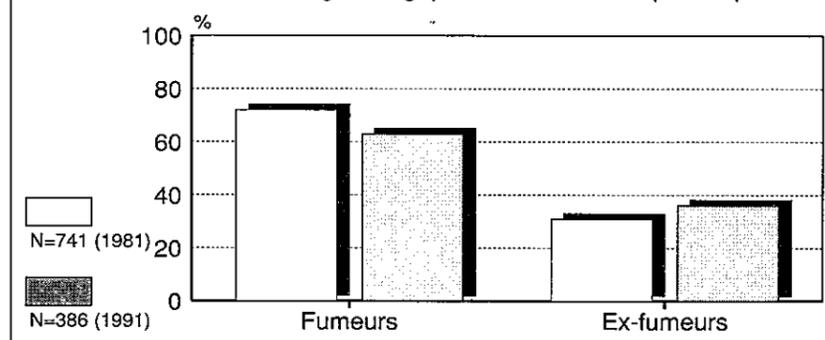


Tableau 3 : taux de sevrage tabagique 1 an à 18 mois après le plan



que la méthode a perdu de sa crédibilité à leurs yeux, puisque 5,4 % des récidivistes seulement ont essayé d'autres méthodes. Le plan de cinq jours serait dès lors une méthode ayant son propre public, non redondant avec d'autres solutions de sevrage.

Les adhérents à la Ligue Vie et Santé représentent, en fin de plan, 42,2 % des participants (les hommes étant significativement plus nombreux que les femmes à adhérer à la Ligue).

### Rayonnement de l'expérience vécue vers l'entourage fumeur du participant

Parmi tous les participants, 41,3 % déclarent connaître une personne qui, par leur témoignage sur le plan, a arrêté de fumer.

Le témoignage oral semble plus fréquent que l'inscription sur fiche d'amis à prévenir en cas de nouveau plan.

Aucune différence significative n'est apparue à ce propos entre fumeurs et ex-fumeurs.

Par contre, les 42,2% de participants qui adhèrent à la Ligue seraient, un an et plus après le plan, significativement moins nombreux que les non-adhérents à connaître une personne qui, par leur témoignage sur le plan, a arrêté de fumer.

La circulation de l'information via d'anciens participants s'est fortement accrue dans les dix dernières années, vis-à-vis de la prise d'information par la presse écrite. On constate également que le fait d'être venu au plan à partir d'une information par la presse est lié au fait de fumer un an à 18 mois après le plan.

Ceci permettrait de confirmer l'hypothèse du rôle important du mode de recrutement au plan. Si le fait de venir au plan suite à un contact personnel est important, cela souligne la nécessité de mettre à la disposition du public des méthodes bien implantées, organisées régulièrement, de manière à créer un réseau.

## Description du processus de renonciation

### Caractéristiques individuelles liées de manière significative à l'arrêt du tabagisme après un an à 18 mois

Les tests d'épreuve de l'hypothèse de différences significatives entre fumeurs et ex-fumeurs un an à 18 mois après le plan ont mis en évidence que:

- Avant le plan, les ex-fumeurs fumaient, par jour, plus de cigarettes que les fumeurs.
- L'arrêt du tabagisme pendant le plan est plus fréquent chez les ex-fumeurs que chez les fumeurs.
- Au cours du plan, les ex-fumeurs se sont arrêtés de fumer plus tôt que les fumeurs (87 % des participants qui se sont arrêtés après le 2<sup>ème</sup> jour sont fumeurs 1 an à 18 mois après le plan).
- Les ex-fumeurs sont plus nombreux que les fumeurs à accorder leur crédibilité au plan.
- Les fumeurs restent plus ouverts que les ex-fumeurs aux réunions de rappel.
- Lors des réunions de rappel, les fumeurs actuels sont plus nombreux que les ex-fumeurs actuels à avoir déjà récidivé.
- En ce qui concerne la prise d'information relative au plan, la presse écrite est plus souvent citée par les fumeurs que par les ex-fumeurs.

### Difficultés et raisons d'"échec" invoquées par les récidivistes

Dans le cadre d'une étude portant sur l'impact du plan, on ne peut parler ni de réussite ni d'échec, puisque le sevrage tabagique constitue un processus de longue haleine.

Une récidive, considérée à tort comme un échec, peut très bien avoir contribué à une progression positive dans ce long processus.

Ainsi, certains fumeurs actuels ont récidivé après le plan mais déclarent que ce qu'ils ont vécu peut aider d'autres personnes. Certains ont, par un témoignage, provoqué le sevrage d'un ami. Ceci témoigne, au-delà de leur récidive, d'une certaine implication personnelle dans le processus de renonciation.

De même, les ex-fumeurs qui réclament une réunion de rappel ne sont pas nécessairement à l'abri des rechutes, bien qu'ils ne fument plus au moment de l'enquête; les fumeurs qui jugent ces réunions utiles pour eux-mêmes ne sont pas en situation d'échec total, bien qu'ils aient refumé depuis le plan.

Le processus de sevrage tabagique est donc plus complexe que le fait de n'avoir plus refumé depuis un an et plus.

Néanmoins, les circonstances de récidive évoquées par les fumeurs 1 an à 18 mois après le plan montrent que :

- Plus d'un quart (26,6 %) des récidivistes invoquent le problème de la dépendance en elle-même, qu'elle soit physiologique ou psychologique (habitude, envie,...).
- Plus d'un tiers (18,7 % + 14,4 %) ont recommencé à fumer suite à un événement ponctuel (fête, séparation, décès,...).
- L'influence de l'entourage fumeur serait la cause de 11,5 % des cas de rechute.
- Le travail et les études représentent 10 % des raisons de rechute.

Anne Poumay, APES

(1) En 1981, une évaluation des plans de 5 jours a été réalisée par le Professeur KORNITZER, U.L.B.

d'activités dans un plan d'ensemble, il utilise des phrases plus complètes en rapport avec la succession des opérations effectuées par l'objet: "C'est cassé l'auto papa" On peut constater qu'un certain parallélisme peut apparaître après 2 ans entre les structures grammaticales et les structures de l'activité de l'enfant.

C'est à la fin de la période du "corps vécu" c'est-à-dire autour de 3 ans, que l'enfant reconnaît son corps comme objet.

### Du point de vue du langage et de la motricité fine

La loi "proximo-distale" souligne que le développement moteur s'étend peu à peu, en partant de l'axe du corps, jusqu'aux extrémités des membres. Cette loi du développement de la motricité humaine montre de façon claire, que le contrôle de la motricité des racines des membres précède celui des extrémités distales.

On observe régulièrement un parallélisme entre les difficultés de type articulaire et les difficultés de motricité fine "grosse bouche - gros doigts". Il faut délier le tout.

### L'apprentissage du langage: l'ascension d'une montagne escarpée...!

Même lorsqu'il se déroule dans des conditions idéales, le développement du langage chez l'enfant est une aventure longue et difficile. C'est une oeuvre de longue haleine qui commence à la naissance et dure jusqu'à l'adolescence et parfois au-delà.

A chaque étape de l'acquisition du langage, l'enfant doit mobiliser toutes ses ressources cognitives et psychomotrices pour s'approprier le moyen de communication et d'expression que lui proposent les adultes. C'est une tâche ardue, dont il est faux de croire qu'elle s'effectue sans peine, en jouant. Seuls les enfants motivés à la communication, soutenus par leur entourage et doués à la fois d'intelligence et

d'un appareil sensori-moteur bien développé parviennent à l'accomplir parfaitement.

Vu du point de vue de l'enfant, le langage des adultes est un monde, une énormité, qu'il faut chercher, s'approprier peu à peu. Aussi les parents et les éducateurs doivent-ils s'efforcer de réduire les dangers auxquels l'enfant est exposé dans sa quête du langage.

Tout en encourageant l'enfant dans son ascension linguistique, ils doivent veiller à ne pas exiger de lui des performances au-dessus de ses forces. Particulièrement dans le cas d'enfants présentant un bégaiement naissant, il y a lieu de se montrer tolérant et patient et de ne pas attendre de l'enfant une fluidité verbale qu'il ne peut encore produire. Il convient, tout au contraire, de proposer à l'enfant un modèle linguistique simple et posément articulé, qu'il pourra imiter sans heurt. C'est-à-dire que les parents et les éducateurs d'enfants bègues doivent s'efforcer de toujours parler posément, sans précipitation aucune, et en utilisant des phrases à la fois simples et correctes.

La conquête du langage écrit n'est pas plus aisée que celle du langage oral. Elle requiert des aptitudes à la fois intellectuelles, psychomotrices et verbales qui ne sont pas nécessairement toutes présentes à 6 ans, lorsque normalement devrait commencer l'apprentissage de la lecture et de l'écriture.

Si un examen approfondi de l'enfant à 6 ans révèle qu'il ne dispose pas encore de tous les moyens requis pour aborder avec succès le langage écrit, il vaut mieux différer d'un an l'entrée à l'école primaire que de confronter l'enfant avec une tâche au-dessus de ses forces.

En résumé, l'enfant ne peut acquérir le langage que s'il est constamment soutenu dans ses efforts d'acquisition et si l'on veille à ne pas exiger de lui des performances verbales qu'il ne peut encore accomplir.

Et pour finir, **prenons le temps de donner du temps** à nos enfants; la simple promenade dans la nature

est un bon moyen de les aider à mieux s'orienter dans l'espace. Un zeste d'attention, une pincée de temps et un peu d'imagination feront déjà l'affaire et ne manqueront pas d'augmenter leurs possibilités d'épanouissement et de développer leurs stimuli psychomoteurs.

Reine-Marie Hanoul, CLC Luxembourg ■

## Carte de santé

A la fin de l'année 1991, la Société Scientifique de Médecine Générale a lancé une nouvelle campagne "Carte de Santé". Le principe de cette campagne est d'inciter les médecins généralistes à avoir une démarche préventive, en proposant aux patients certains examens de dépistage: prise de la tension artérielle, examen des seins, toucher rectal, frottis cervical, dosage du cholestérol sanguin, mammographie, vaccination contre le tétanos, tension oculaire (prévention du glaucome) et électrocardiogramme.

Tous les médecins généralistes francophones belges ont donc reçu par courrier une affiche, un lot de cartes de santé et des notices explicatives.

La carte de santé est la propriété du patient. Elle est un aide-mémoire sur lequel il indiquera les examens qu'il a passés et la date du prochain examen. Il s'agit d'un simple échéancier, sans résultats d'examens.

Un autre but de cette campagne, en dehors du dépistage, est d'améliorer la communication entre le médecin et le patient, qu'ils puissent parler de l'utilité de ces examens, que le médecin modifie certains comportements dans sa pratique.

La SSMG entend réaliser la campagne sur une longue période. Nous espérons vous faire part de ses résultats.

SSMG, avenue De Fré 96 bte 1, 1160 Bruxelles. ■

**au coeur de la Province de Luxembourg. Conjointement à l'exposition, des conférences et des tables rondes ont eu lieu.**

Il nous a paru intéressant de dégager les lignes maîtresses de nos échanges avec les professionnels de santé présents.

Deux débats en particulier ont porté sur les sujets suivants:

- l'importance du "surdimensionnement du langage de l'adulte sur la psychomotricité naissante de l'enfant" avec, comme principaux intervenants, Y. Lebrun, professeur de neuro-linguistique à la V.U.B., le Dr Neven, pédiatre et directeur à l'ONE en province de Luxembourg, et Mme Gatellier, logopède et psychomotricienne.
- "La Sécurité à la ferme", avec l'Alliance Agricole Féminine, le Docteur Gourdin, spécialiste en médecine du travail, et la firme Electrabel.

**Sécurité à la ferme**

Puisque nous sommes pour une grande partie de la population luxembourgeoise en zone rurale, nous nous devons de nous préoccuper de la "sécurité à la ferme".

Cette table ronde, dont le public était composé essentiellement d'agriculteurs et de leur famille, a bien fait ressortir que l'exploitation agricole est un endroit à haut risque, qu'il n'existe pas de réglementation qui protège la santé de cette catégorie de travailleurs.

L'enfant à la ferme, lui, joue partout, se balade avec ses jouets, son vélo, son ballon, là où va son père; il veut faire comme...! Les outils couramment utilisés restent branchés, les produits utiles à la ferme sont trop accessibles aux enfants (140 produits toxiques ont été dénombrés). Ces agents chimiques présentent pourtant de sérieux dangers également pour tous les membres de la famille: inhalation, contact cutané, infections parasitaires, risques particuliers liés au tabagisme à la ferme (incendie). Il

est aussi rappelé que la vaccination antitétanique reste encore trop peu pratiquée dans ces milieux.

L'attitude et le regard préventif sont de rigueur à la ferme, là plus que partout ailleurs. Pour cela, informons les enfants, mettons-les sur le coup, dit le Docteur Gourdin.

Du côté d'Electrabel, il est rappelé:

- Que la prise de terre a pour but d'écouler les courants de défaut vers la terre. En l'absence d'une prise de terre efficace, tout ou partie du courant de défaut s'écoulera au travers de la personne en contact avec l'appareil défectueux.
- Qu'à quelques rares exceptions près (précisées dans le RGIE: Règlement Général sur les Installations Electriques), toutes les prises doivent comporter un contact de terre et être du type "sécurité enfant": un disque incorporé empêche l'introduction d'objets métalliques. Sur base de l'Arrêté Ministériel du 4 juillet 1983, les fiches, prises, dominos, blocs multiples, etc... doivent obligatoirement porter le label CEBEC.
- Qu'il existe une excellente protection contre les risques d'électrocution ainsi que contre les consommations inutiles résultant de pertes de courant, le différentiel. Cet appareil détecte les courants de défaut s'écoulant vers la terre. Il est souhaitable de placer un différentiel général dans toutes les anciennes installations.
- Que les risques d'électrisation (voire d'électrocution) sont plus élevés dans les salles d'eau en raison de la faible résistance électrique du corps humain dans des situations humides ou immergées.
- Que l'insuffisance des sections des conducteurs par rapport au courant à véhiculer - donc à la puissance des récepteurs alimentés - provoque la surchauffe des conducteurs et, par conséquent, un risque de panne, de court-circuit et d'incendie. En général, dans les anciennes installations, les canalisations ne sont pas adaptées aux appareils domestiques de forte puissance.

- De renoncer au bricolage, aux solutions de fortune et au travail d'amateur. Les installations n'en seront que plus fiables.

**Le langage de l'adulte et la psychomotricité naissante de l'enfant**

Pour joindre parole et action, deux ateliers de psychomotricité ont fonctionné autour de la Maison Géante et durant toute la semaine.

L'objectif était de montrer aux enseignants et aux parents tout l'intérêt d'augmenter les capacités psychomotrices de l'enfant pour favoriser son développement harmonieux et de lui donner la chance de maîtriser au mieux son environnement.

**Que faut-il à l'enfant pour maîtriser ses gestes?**

Déjà, à 2 mois, les bébés répondent aux attentions de leur entourage par toute une série de gestes et de mimiques en fonction des émotions.

A l'âge de 6 mois, l'enfant réagit à l'environnement humain en déployant une gamme étendue de nuances émotionnelles: colère, douleur, chagrin, gaieté, peur.

Cette entrée dans l'univers social ira de pair avec les prémisses du langage. C'est à cette période que l'enfant va acquérir un registre de sons expressifs qui vont accompagner ses mimiques et ses gesticulations.

A la fin de la 2ème année, un progrès significatif est réalisé grâce à l'association possible du langage à la représentation imagée.

L'interaction entre l'enfant et son environnement, où l'activité joue l'essentiel, va progressivement devenir une activité verbalisée.

Après 2 ans, dans la période où l'enfant enchaîne les séquences

**Chronique d'une campagne de prévention du suicide**

Novembre 91, le Centre de Prévention du Suicide est à la recherche d'une personne ou d'un organisme susceptible de lui apporter une aide logistique dans la réalisation de sa nouvelle campagne de communication. A tout hasard, les responsables du Centre contactent l'asbl Question Santé. Le Guide Social signalait que cette asbl offrait gracieusement ses services pour la conception et la réalisation de campagnes de communication dans le domaine de l'éducation pour la santé.

L'asbl Question Santé, créée en 1981 à l'initiative de spécialistes de la santé (médecins, psychologues, diététiciens, pharmaciens, etc.) et de spécialistes de la communication s'est fixé comme objectif principal, la prévention en matière de santé par une information concrète et accessible au grand public. Par l'Arrêté Ministériel du 8 novembre 88, Question Santé fut agréée pour offrir aux organismes qui le souhaitent une aide à la conception et à la réalisation de campagnes de communication dans le domaine de l'éducation pour la santé

**Première rencontre et choix d'une stratégie de communication**

La première étape du travail fut ce que les spécialistes de la communication appellent le "briefing". Au cours de deux ou trois réunions entre la Cellule Média de Question Santé et l'équipe responsable du Centre, nous avons, dans un premier temps, tenté de débroussailler le sujet. Pêle-mêle, voici quel-

ques-uns des thèmes abordés: historique de l'asbl, problématique du suicide en Belgique, différence entre suicide et tentative de suicide, les tendances actuelles, les variations saisonnières, le profil-type des "suicidaires", ...

Toutes ces informations ont pour but de cerner le sujet et doivent aider à la réalisation de la stratégie de communication.

Dans le cas du Centre de Prévention du Suicide, les responsables avaient déjà une idée relativement précise de leurs objectifs, ce qui est loin d'être toujours le cas. Si le projet est encore très flou, Question Santé peut également apporter une aide quant à la formulation concrète de ces objectifs.

Le Centre avait déjà réalisé une première campagne au début des années 80, avec le slogan "A qui le dire?", suivie, en 1988, d'une autre campagne intitulée "Un numéro pour la vie". Cette deuxième campagne, réalisée grâce au soutien d'un laboratoire pharmaceutique, se voulait volontairement optimiste: choix de tons pastels, slogan positif. Cette présentation "heureuse" du suicide avait été, évidemment, la condition *sine qua non* pour obtenir l'aide du sponsor. Celui-ci ne désirait nullement associer ouvertement son image à celle du suicide...

Les affiches de cette campagne étant épuisées, il devenait urgent de relancer une campagne grand public pour faire connaître les services offerts par ce Centre (voir encadré page 19).

**Définition des publics-cibles**

Le briefing permit ainsi de découvrir les tendances du suicide en Belgique.

Ces données permirent de diviser le "public-suicidaire" (si on peut

dire) en quatre cibles distinctes: les jeunes femmes de 25 à 35 ans, les jeunes gens de 20 à 30 ans, les hommes au lendemain de leur mise à la retraite et les femmes autour de la soixantaine.

**Définition du message**

Une fois les publics-cibles définis, l'étape suivante consista à choisir le "message" de la campagne. Ce message ne doit pas être confondu avec le "slogan" de l'affiche ou de la campagne qui, lui, appartient au processus créatif et non à l'établissement de la stratégie de communication.

Le message se définit comme l'idée, le comportement ou le réflexe que l'on cherche à faire adopter par le public-cible.

La définition du message servira, bien entendu, de base de travail pour les créatifs qui seront chargés de trouver une accroche tant au niveau du texte que de l'image.

Pour le Centre de Prévention du Suicide, le message découlant des résultats du briefing était la création du réflexe de téléphoner au 02/640.65.65 en cas de velléité de tentative de suicide, ou pour des personnes connaissant parmi leurs proches des personnes à tendances suicidaires.

**Définition du plan de campagne**

Sur base de la stratégie établie, Question Santé proposa un plan de campagne, que l'on peut définir comme étant le choix des outils et des médias susceptibles de faire passer au mieux le message en fonction de critères tels que le public-cible, le rapport coût/efficacité des supports,...

Dans le cas du Centre de Prévention du Suicide, le choix s'est porté sur une campagne "affichage". Cette campagne s'inscrivant dans une démarche à long terme, il fallait choisir des médias ayant un taux de longévité important mais avec un

**JE DÉCROCHE...**

**02/640.65.65**

**PREVENTION DU SUICIDE**  
**ECOUTE DANS L'ANONYMAT 24H/24**

Compagne réalisée avec le soutien de la Communauté française et de la Commission Communautaire française

LA FAMILLE  
AU SERVICE DE LA VIE

coût minimum. L'affichage constituait donc le choix idéal. Car les médias audio-visuels avaient un "ticket d'entrée" hors de prix pour ce type de campagne.

Le plan de campagne fut donc le suivant:

- Affichage de 50 affiches 2m2, durant 3 mois, dans les valves lumineuses des stations du métro bruxellois.
- Affichage d'"arrondis" (affichettes 60cm x 30cm) dans les bus et les trams de Bruxelles ainsi qu'en province.
- Diffusion de 10.000 affichettes A3 dans les hôpitaux, les CPAS, les Maisons Médicales, les Centres d'accueil, les Centres de santé mentale,... de la Communauté française.
- Affiches (1m x 60 cm) dans les 53 gares IC-IR de la Communauté française, durant 4 mois.

Parallèlement, un communiqué accompagné des affiches en réduction sera envoyé à la presse grand public. Il est prévu également la participation à des émissions radio-TV ponctuelles, sur le thème de la prévention du suicide.

## Le processus créatif

Pour trouver la concrétisation du message au niveau de l'affiche, Question Santé a fait appel à une équipe de jeunes créatifs professionnels. Après un briefing, ils proposèrent un certain nombre de pistes présentées sous la forme de "rough" (prononcez "rœuf") qui sont des crayonnés très simples accompagnés d'un slogan (prononcez "headline" si vous aimez l'anglais).

Question Santé, après avoir réalisé une première sélection, a demandé aux créatifs d'en développer deux

qui prendront alors le nom de "layout".

Ceux-ci furent présentés aux responsables du Centre qui suggérèrent une modification du slogan initialement choisi "Tendez la main, nous tendons l'oreille", car le slogan ne faisait pas l'unanimité. Le deuxième essai fut, par contre, accepté à l'unanimité. "Je décroche" était bref et comportait plusieurs niveaux de compréhension: quand il m'arrive de vouloir décrocher de la vie, je décroche mon téléphone pour appeler le 02/640.65.65, le numéro d'appel 24h/24 du Centre de Prévention du Suicide.

## Suivi de la réalisation

Une fois l'accord sur le visuel de l'affiche et de son slogan, le layout fut transmis à un photographe

aspects et ses troubles. Il est étayé d'exercices pratiques et récréatifs et laisse une place importante aux échanges.

Cette même année 1990, 14 animations "mémoire" se dérouleront en Wallonie.

## ...et le sommeil

Après approximativement un an de fonctionnement, un deuxième thème est lancé: le sommeil.

Répondant également à une demande implicite du public, le thème du sommeil s'inscrivait comme un sujet prioritaire par rapport à une population âgée. A l'époque où les résultats des études relatives à la (sur)consommation de médicaments étaient publiés, il semblait opportun d'éclairer les personnes sur un usage adapté des somnifères. Mais partant de l'idée qu'un recours régulier à ce type de médication ne fait généralement que dissimuler un autre problème, la question a été envisagée à son point de départ.

L'objectif de ce thème était donc

- de donner une connaissance de base des mécanismes du sommeil et de leur évolution avec l'âge. Les participants devraient, au terme des séances, être capables d'évaluer plus objectivement leurs besoins et leur qualité de sommeil. Ils devraient évidemment mieux connaître les facteurs favorables et défavorables au sommeil, ainsi que les effets des somnifères;
- l'apprentissage de méthodes simples de relaxation;
- la dédramatisation face aux modifications du sommeil.

En janvier 1991, le dossier "mieux gérer son sommeil au cours du troisième âge" voit le jour et permet le lancement de ce deuxième cycle.

## Des pairs-formateurs performants

Dès la première année, les animations-santé ont connu un vif succès auprès des différentes amicales. Le

problème d'en assurer l'organisation s'est alors présenté. En effet, l'animatrice responsable du Secrétariat National, Pascale Dinjart ainsi que le Docteur Yvan Graas les assumaient entièrement, parcourant toute la Wallonie au gré des demandes et de leur disponibilité.

Mais la demande dépassait l'offre possible.

Le pari a alors été lancé de parvenir à former des pensionnés qui assureraient eux-mêmes les animations au sein de leurs amicales.

La première formation s'est déroulée en mars 1991, la seconde en janvier 1992. Une vingtaine de pensionné(e)s se sont donc déjà retrouvés sur les bancs de l'école afin de décrocher "l'aptitude au rôle d'animateur-santé". Jeux de rôle, apprentissage de la prise de parole en public, création d'exposés, communication gestuelle et corporelle constituaient le menu de trois jours passés dans une étonnante convivialité. Restait au retour, à vaincre le trac tenace qui nous fait tous prendre des collines pour des montagnes. Pari tenu. Certains d'entre eux, parmi les plus chevronnés accusent déjà une expérience d'animation de plusieurs mois.

L'expérience est à nos yeux très significative. Non seulement l'objectif majeur qui visait à sensibiliser les personnes âgées à des thèmes-santé est atteint, mais son développement a également permis de déceler des attentes plus profondes.

## Vous avez dit troisième âge..?

En effet, l'enthousiasme manifesté par les participants à la dernière session de formation nous a montré à quel point les personnes retraitées conservent un dynamisme qui profitera de la première occasion pour s'extérioriser. Si nous n'y avions prêté attention par pragmatisme, les participants eux-mêmes nous auraient poussés au-delà des limites que nous nous étions posées en matière de formation, tant était grande leur motivation. Loin de se contenter de suivre nos con-

seils, ils ont fait preuve d'un désir de connaissances et d'acquisition d'un savoir-faire qui ferait rougir le plus studieux des élèves. Perspectives d'approfondissement des thèmes étudiés par des questions pertinentes, recherche de documentation, autocritique sérieuse, toute la gamme de l'intérêt profond pour un projet était au rendez-vous.

Ces constatations nous permettent de croire qu'au-delà des thèmes-santé proprement dits, nous avons rejoint dans la mise sur pied de ces animations, l'intérêt de nos aînés de rester dans une dynamique relationnelle et culturelle. Par ces exemples, nous avons vécu toute l'importance de ne pas amputer la notion de santé de tout son aspect mental et affectif. En grands-parents attentifs, remplaçants, ceux que trop âgés nous-mêmes, nous ne connaissons plus, les animateurs UCP, témoins du "bel âge" nous ont apporté cette dose de sagesse qui le caractérise.

Nous leur souhaitons de susciter dès que possible le même enthousiasme dans leurs amicales et de faire vivre ainsi pleinement le projet qui pourrait bientôt voir se développer un troisième thème.

**Françoise Fierens**, consultante UCP

Article relatif à un programme ayant fait l'objet d'une subvention de la Communauté française. ■

## La Maison Géante en province de Luxembourg

**"Les accidents domestiques peuvent être évités. Reconnaître les situations à risques, en discuter,... c'est déjà les prévoir."**

**Du 14 au 20 octobre dernier, la Maison Géante était à Libramont,**

muqueuses et les contractions des intestins, et vous font avancer sans trop de secousses.

Bien entendu, tout au long du parcours, des panneaux didactiques vous expliquent avec précision les mécanismes d'absorption et de digestion.

Dernière étape de ce "voyage fantastique", vous arrivez dans le rectum avant de franchir l'anus, un ultime obstacle. Après une dernière explication des mécanismes d'élimination, vous retrouvez votre liberté.

Enfin, presque, car si vous le voulez bien, vous aurez encore à répondre à un questionnaire d'évaluation administré par une spécialiste en la matière, Chantal Requin-Demarteau, l'épouse du directeur de l'APES.

À la sortie, le visiteur peut se procurer des fiches de recettes mettant en valeur les qualités nutritionnelles du poisson, fiches établies par Béa Colin, la diététicienne de la Ligue Cardiologique Belge.

L'inauguration du Poisson Géant a eu lieu à Spa. Quoi de plus normal pour une ville d'eaux que de recevoir la visite d'un poisson?

Cette initiative sympathique bénéficie du soutien de l'ICAN sur le plan de l'expertise nutritionnelle et de Question Santé au niveau communicationnel. Philippe Brochet, le responsable "campagnes mass media", a pu obtenir la collaboration de la STIB (transports bruxellois), qui a déjà à son actif deux trams de la santé, l'un sur les accidents domestiques, l'autre sur le thème du petit déjeuner malin.

Attendons-nous à voir bientôt circuler dans les rues de la capitale le tram "poisson" arborant son slogan "Le poisson c'est bon. Mordez à l'hameçon!"...

Bref, une initiative spectaculaire et intéressante, qui pourrait faire concurrence à l'Aqualibi et autres Océade.

Pour tout renseignement: *Educa-Santé*, av. Général-Michel 1B, 6000 Charleroi. Tél.: 071/33.02.29. ■

AINES

## Les animations-santé à l'Union Chrétienne des Pensionnés

Dans un monde où les dérapages en matière de santé tant sur le plan individuel que collectif, mental ou physique se révèlent de plus en plus nombreux, les jeunes enfants forment une cible particulièrement prisée par la littérature, les actions et les projets en éducation pour la santé.

Il est dès lors particulièrement agréable de pouvoir relater une expérience d'éducation pour la santé qui touche plus particulièrement nos aînés.

En effet, avec une augmentation croissante de l'espérance de vie et tous les facteurs concomitants (progrès médicaux, techniques,...), la santé des personnes du troisième âge tend à évoluer lentement d'un dépassement de la prise en charge et de l'accompagnement vers une autonomie et une responsabilisation plus importante.

Cette responsabilisation s'est concrétisée au sein de l'Union Chrétienne des Pensionnés par l'élaboration d'animations-santé destinées aux membres des amicales du mouvement.

### Naissance du projet

Depuis plusieurs années déjà, l'éducation pour la santé était présente à l'UCP par le biais de conférences médicales qui n'arrivaient cependant pas à combler l'appétit de ses membres en matière d'informations sanitaires. Afin de pouvoir rencontrer plus directement les préoccupations des pensionnés, l'idée est lancée en 1988 d'organiser des animations-santé qui permettraient l'approfondissement de certains thèmes plus spécifiques: la mémoire, les affections articulaires, les affections cardio-vasculaires, le sommeil, les médicaments, la diététique,...

À ce jour, deux thèmes sont abordés: la mémoire et le sommeil.

Ces animations ne sont pas des cours ex-cathedra donnés par des spécialistes, mais des rencontres où alternent exposés théoriques, débats, partages du vécu et exercices pratiques selon le thème étudié.

### La mémoire...

Ce ne fut pas par hasard que "la mémoire" fut choisie comme thème pilote. En effet, les plaintes de perte de mémoire à partir d'un certain âge d'une part, la crainte et l'appréhension de voir émerger les symptômes d'une pathologie plus lourde telle que la maladie d'Alzheimer d'autre part, ont motivé l'équipe initiatrice du projet à élaborer cette première animation.

L'objectif de développement de ce thème s'oriente donc vers deux axes:

- diminuer l'angoisse des personnes qui, l'âge avançant, se plaignent de troubles de plus en plus fréquents et font spontanément le rapprochement avec les démences séniles;
- donner des éléments de méthode pour entretenir sa mémoire au sens strict mais, plus largement aussi proposer un entraînement des facultés intellectuelles, en stimulant à la fois l'attention, la perception, le raisonnement, l'imagination et l'habileté mentale.

En mars 1990, suite à quelques expériences-tests menées par un médecin-conseil retraité, le Docteur Yvan Graas, un document pédagogique voit le jour.

Intitulé "Si j'ai bonne mémoire", il comprend quatre parties qui reflètent les quatre séances d'animations: exposés théoriques de base sur le fonctionnement de la mémoire, ses bases physiologiques et psychologiques, ses différents

professionnel pour la réalisation des quatre clichés. La principale difficulté fut de trouver des personnes acceptant de poser sur les affiches. Chacun chercha dans ses connaissances, ce qui permit finalement de trouver l'ensemble des "visages".

Les prises de vue réalisées, le tout fut porté chez le graphiste qui sélectionna les couleurs, et détermina l'agencement du texte par rapport aux photos. Le tout fut déposé chez le photographe qui "sortit" les films destinés à l'imprimeur.

À l'heure où nous écrivons ces lignes, seules les affiches A3 sont imprimées et en partie diffusées. Les autres formats seront imprimés et affichés dans les prochaines semaines.

### Recherche de sponsors

À côté de tout ce travail de supervision et de suivi de réalisation, Question Santé a apporté son aide dans la recherche de sponsors. Car, bien entendu, 53.000 FB (budget de départ) pour une campagne de cette envergure, c'est peu. Nous avons donc aidé à la constitution d'un dossier "sponsoring", ce qui a permis de pratiquement boucler le budget total estimé à environ 600.000 FB.

Voilà brièvement un exemple-type de l'aide que peut apporter Question Santé à tout organisme désireux de se lancer dans une campagne de ce genre ou de toute autre action de communication dans le domaine de l'éducation pour la santé.

Pour tous renseignements complémentaires, contactez la Cellule Média de Question Santé au 02/511.12.15.

**Philippe Mouchet**, responsable de la Cellule Média de Question Santé

## Le Centre de Prévention du suicide

Nous connaissons tous des personnes qui se sont suicidées, qui ont tenté de le faire, qui y pensent ou qui en parlent. Malgré le tabou qui l'entoure, ce problème existe dans notre société et les statistiques nous en donnent un aperçu. En Belgique, journalièrement sept personnes meurent par suicide, et une centaine tentent de se suicider. Le nombre total de suicides est plus important que le nombre des morts dus aux accidents de la circulation. Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les adolescents, la première chez les jeunes adultes mais le risque suicidaire augmente toujours avec l'âge.

Si les hommes se suicident plus que les femmes, elles font par contre plus de tentatives de suicide.

Quelques 900 fois par mois, à toute heure du jour et de la nuit, le téléphone sonne au Centre de Prévention du Suicide. Ce centre, créé en 1970, agréé en 1973, offre, à toute personne en difficulté, qu'elle soit suicidaire ou confrontée au suicide ou menaces de suicide d'un proche, une écoute, une possibilité de dialogue, dans l'anonymat et le secret. Cette permanence téléphonique, 24h/24., est assurée par une équipe de bénévoles d'âges et de professions divers. Ceux-ci sont encadrés par un staff permanent de quatre psychologues et psychothérapeutes qui assure leur formation.

Le but principal du Centre est de prévenir l'acte suicidaire. Outre sa permanence téléphonique, il tente, par des informations, conférences et campagnes de prévention, de sensibiliser le public au problème du suicide et à l'aide à apporter aux suicidaires. Le centre offre également une bibliothèque accessible au public.

### La prévention

Toute prévention du suicide passe nécessairement par la compréhens-

sion de ce que vit la personne suicidaire. Toute idéation suicidaire, toute tentative de suicide sont l'expression d'une souffrance qui cherche à se dire. Il faut savoir également que le suicide ne survient pas brutalement, de manière imprévisible. Il est l'aboutissement d'une évolution au cours de laquelle la personne essaie de trouver des solutions et de l'aide et surtout, cherche à dialoguer.

Les échecs répétés de ces essais de solution, un conflit, un événement douloureux peuvent précipiter la personne dans une angoisse insupportable; le suicide peut apparaître alors comme un moyen de mettre fin à cet état vécu comme une impasse. Dans cette perspective, la mort n'est pas le seul but du suicidaire, c'est le plus souvent le seul recours qui lui reste pour exprimer à quel point il va mal. La personne suicidaire n'est pas différente des autres, mais elle a besoin d'aide pour traverser un moment difficile: la comprendre sans la juger, établir avec elle un dialogue et un climat de confiance, essayer avec elle de trouver le sens de ce qu'elle est en train de vivre est possible pour chacun d'entre nous.

Convaincu que la prévention passe par l'information, l'écoute, la communication, le Centre de Prévention du Suicide lancé une vaste campagne de sensibilisation, dans toute la Belgique francophone. L'objectif est, par le biais d'une campagne d'affichage, de faire connaître le Centre et d'en diffuser le numéro d'appel, le 02/640.65.65.

Chacun peut collaborer à ce projet en plaçant ces affiches dans des lieux de passage importants; médecins, hôpitaux, pharmacies, mutuelles, commerces, centres divers, écoles...

Pour obtenir ces affiches ou pour de plus amples informations, il suffit de téléphoner au secrétariat 02/640.51.56. pendant les heures de bureau.

**Anne Ducamp**, directrice externe

## Une oreille attentive pour ceux qui bûchent...

### Naissance d'un projet.

Pour faire face aux nombreux problèmes liés à l'isolement et aux carences communicationnelles, particulièrement aigus en milieu urbain, les télé-services (lire les services d'aide par téléphone) ne cessent de se multiplier.

L'un d'eux, inconnu dans la partie francophone du pays, se caractérise par le public qu'il vise et la période durant laquelle il est opérationnel.

De quoi s'agit-il?

Question: qu'est-ce qui est vert et ne répond que durant le mois de juin?

Réponse: le téléphone de Teleblok.

Teleblok est une initiative commune des PMS, Centre de Guidance et Mutualités Chrétiennes d'Eeklo. Elle est née d'un questionnement qui visait à cerner le type de problèmes rencontrés par les jeunes et pour lesquels ils trouvent difficilement une aide ou une réponse auprès d'organismes existants. A partir de différentes enquêtes et d'entretiens menés dans les établissements scolaires, il est apparu que la période de bloquer représentait pour la majorité des jeunes une période de stress intense. Cela pouvait déboucher, dans certains cas, sur de réelles situations de crise.

Dès lors, afin de mettre l'accent sur les aspects de guidance et de soutien qui figurent dans l'ordre de missions des différents organismes instigateurs, ceux-ci décidèrent-ils de mettre sur pied un projet afin d'aider les étudiants durant les examens de fin d'année.

Nous sommes à la fin de l'année 1988. L'idée maîtresse est qu'il y a une certaine inégalité des person-

nes par rapport aux services d'aide existants, étant donné l'obligation pour le jeune de se montrer "à visage découvert". Timidité, crainte, honte à demander, paresse, de nombreux facteurs empêchent les jeunes de profiter pleinement des potentialités offertes par les différentes instances. De ces constatations naît l'idée d'une écoute anonyme, mode qui a fait ses preuves et qui présente l'avantage d'utiliser un moyen de communication qui rencontre l'approbation des jeunes: le téléphone.

Il est donc décidé d'implanter une centrale téléphonique de crise pour la période des examens de juin 1989: Teleblok est né!

### Allo? Qui est à l'appareil?

Similaire aux autres services de ce type, Teleblok fonctionne grâce à l'aide de bénévoles. Diplômés en sciences humaines, ils doivent faire preuve d'une motivation profonde et suivre un complément de formation spécifique à la relation d'aide et à l'entretien téléphonique.

Afin de mettre tous les atouts pour atteindre son but et offrir un service efficace aux jeunes, Teleblok fait appel à des spécialistes pour assurer la formation des bénévoles. C'est ainsi que médecins, thérapeutes, psychologues et formateurs se côtoient pour leur fournir l'éventail

#### Nombre d'appels:

Année	Nombre total d'appels	Nombres d'appels vrais	Nombres d'appels muets	Blagues
1989	55	42 appels	13 appels	
1990	156	95 appels	48 appels	13 appels

des matières qui leur permettra de faire face à l'imprévisible.

17 bénévoles seront ainsi formés en 1989 et 13 autres en 1990.

### Quelques évaluations

Deux années de fonctionnement permettent aux organisateurs sinon de tirer de réelles conclusions, au moins d'évaluer le premier impact de leur initiative.

Le service fonctionnait durant tout le mois de juin à chaque fois, tous les jours sauf le samedi. La permanence était assurée de 14h à 23h.

Les bénévoles ont reçu une cinquantaine d'appels (55) en 1989 et le triple en 1990 (156).

Des caractéristiques individuelles des appelants, il ressort une nette majorité d'appels émanant des étudiantes ainsi qu'un nombre plus élevé d'étudiants de l'enseignement secondaire par rapport à l'enseignement supérieur. Ils notent également quelques appels d'adultes désireux d'accompagner un jeune dans sa démarche.

Si l'on étudie le tableau reprenant les thèmes des appels, il ressort un vaste éventail de thèmes abordés. C'est sans doute le point qui permet le plus actuellement et pour l'avenir de justifier l'intérêt de l'expérience. En effet, les données prouvent que les jeunes attendent un service qui puissent les rassurer non seulement sur les aspects purement scolaires de la bloquer (méthode de travail, difficultés de certaines matières, etc), mais aussi sur tout ce qui constitue l'aspect psycho-physiologique de l'étude, ainsi que le climat relationnel et affectif qui en fait partie.

Types de problèmes soulevés:			
	Problèmes	1989	1990
Etudes	méthode de travail	9 appels	32 appels
	difficultés pour certaines matières		30 appels
psychologiques	anxiété	20 appels	14 appels
	stress		23 appels
	concentration	9 appels	20 appels
	peur de l'échec	24 appels	17 appels
physiques	dépression		8 appels
	fatigue maladie médicaments	10 appels	8 appels 5 appels 3 appels
sexuels relationnels		16 appels	5 appels

### Les prolongements

Au moment de mettre cet article sous presse, les éléments de conclusions de la bloquer 1991 ne nous sont pas parvenus. De nouveaux partenaires devaient s'allier pour cette action.

Par ailleurs, le service "studiesadvies" de la Rijksuniversiteit Gent proposait de diffuser l'information au niveau de ses étudiants et d'apporter son appui dans l'évaluation qualitative et quantitative des résultats.

### Bloque 92

L'ensemble du matériel, fruit d'une collaboration entre Jeunesse et Santé, Infor Santé et Question Santé, a été revu depuis l'an dernier. Il comporte toujours 5 éléments.

\* La brochure "La Bloquer mode d'emploi": petit manuel de 28 pages qui ne donne aucune réponse aux questions d'examen mais qui tuyaute cependant l'étudiant pour les petits problèmes quotidiens de la Bloquer. Toujours éditée dans le cadre des Guides Verts de Question Santé.

\* L'affiche destinée à attirer l'attention des proches, passants et passifs sur la zone protégée que doivent constituer les locaux où bloquent des étudiants. Un atout dans la réussite d'une Bloquer!

### Conclusion

L'initiative nous est apparue séduisante. Elle touche un problème de front et n'hésite pas à élaborer la mise sur pied de toute une structure. La grande inconnue est l'importance financière de l'opération.

A en croire la multiplication des téléservices et leur succès ("Ecoute Enfants", une initiative de la province de Namur reçoit en moyenne 1041 appels par mois, de jeunes entre 7 et 15 ans), nous vivons bien dans le siècle de la télécommunication.

Paresse, peur du contact visuel, ou pragmatisme? C'est un autre débat!

- \* Le dépliant des supporters destiné également à l'entourage. Il est un vade-mecum du "qui m'aime me suive" ou comment chouchouter celui qui bûche.
- \* "Le calendrier de ma Bloquer" a subi un lifting. Les slogans repris de la brochure et dispersés au fil des 8 semaines de bloquer, égaient un planning qui ne restera pas longtemps vierge, espérons-le. A chacun d'y indiquer son organisation.
- \* Un nouveau gadget: le Bloquer-notes, un petit bloc d'une centaine de feuilles mémo.

Le matériel Bloquer 1992 sera disponible dans le courant du mois d'avril auprès d'Infor Santé, rue de la Loi 121 à 1040 Bruxelles contre l'envoi d'un billet de 100 FB.

## Le Poisson Géant

Depuis près de trois ans maintenant, Educa-Santé organise régulièrement des semaines de sensibilisation à la prévention des accidents domestiques dans diverses villes de la Communauté française. Le succès de ces manifestations ne se dément pas, grâce en partie à la Maison Géante (voir l'article de Reine-Marie Hamoule dans ce numéro). Nos fidèles lecteurs connaissent bien ce spectaculaire "gadget", une maison surdimensionnée, qui permet aux adultes qui la visitent de se faire une idée de la perception qu'ont les jeunes enfants de leur environnement. Le parcours est parfois perturbant!

Fort de son expérience dans l'organisation de ce type d'événements éducatifs, l'équipe de Martine Bonduelle remet ça aujourd'hui avec le Poisson Géant, un module de sensibilisation à l'équilibre alimentaire imaginé dans le même esprit que la Maison Géante.

L'espace est conçu comme un immense aquarium. Le visiteur y plonge et rejoint alors un cabillaud grand comme une baleine, à l'intérieur duquel il pénètre par la gueule ouverte de l'animal.

Les diététiciens de l'ICAN, Michel Marée et Nivès Alevin, vous y accueillent. La digestion peut commencer!

Après quelques mètres dans l'oesophage, une sorte de tunnel sombre et silencieux, vous pénétrez dans l'estomac, une grande cavité mouvante et humide. Vous pouvez y visionner "Les dents de la (grand) mère" un vidéogramme sur l'équilibre alimentaire des personnes âgées.

Soumis à un péristaltisme de plus en plus important, vous arrivez dans l'intestin. En chemin, vous êtes parfois aspergé par des douches simulantes (avec de l'eau, rassurez-vous) diverses sécrétions; des tapis roulants imitent les villosités des