

## Emploi - demande

Médecin-nutritionniste ayant notamment participé à un projet de développement au Mali (Fonds d'équipement des Nations Unies) dans le domaine de l'éducation à la santé-nutrition, souhaite valoriser cette expérience en Belgique. Formations principales : diplôme de docteur en médecine, diplôme en médecine tropicale (Institut de médecine tropicale Prince Léopold à Anvers), certificat en nutrition appliquée (Centre international de l'enfance à Paris). Coordonnées : **Sophie Léonard**, rue de Baudacet 6, 1457 Walhain, tél. (010) 65 70 13, fax (010) 65 56 71.

## Emploi - offre

Nous recherchons un(e) infirmier(e) spécialisé(e) dans l'éducation du patient diabétique pour :

- enseignement des aspects pratiques de la maladie aux patients diabétiques en consultation et en hospitalisation
- aide logistique dans la gestion administrative de la convention des patients diabétiques
- support logistique de l'activité d'hospitalisation en médecine interne

## Poste

- Clinique Sainte Anne - Saint Rémy - Saint Etienne (site Saint Etienne)
- temps plein

## Requis

- infirmier(e) ayant suivi ou suivant des cours spécialisés en diabétologie
- bilingue français/néerlandais
- connaissance de la bureautique
- goût pour l'enseignement et esprit d'initiative

Candidatures et curriculum à envoyer à : **Dr Michel Ponchon**, Avenue Herbert Hoover 161, 1030 Bruxelles

## Changement d'adresse

Depuis le 1er mai 1999, la Fondation pour la prévention des allergies est hébergée par la FARES (Fondation contre les maladies respiratoires et pour l'éducation à la santé) au 56 rue de la Concorde, 1050 Bruxelles.

Le numéro de téléphone/fax ne change pas ((02) 511 67 62).

Un centre de documentation consacré aux allergies et à l'asthme va être mis sur pied en collaboration avec la FARES.

## La télé dans tous ses états

Tout au long de l'année 1996, le service social de la Maison médicale Norman Bethune a travaillé avec des jeunes des écoles et des associations du Vieux Molenbeek sur le thème du sommeil. La télévision a bien souvent été au centre des discussions.

L'année suivante, le thème de travail était donc la télévision, dans le but de développer le sens critique des jeunes, à l'aide de jeux d'expression (inspirés de la technique du drama), des exercices d'échauffement et de relaxation.

Les animatrices de la Maison médicale ont poursuivi leur action en faisant appel à l'Atelier Caméra Enfants Admis, pour permettre aux jeunes, en réalisant eux-mêmes un film d'animation, de prendre conscience que toute image véhicule un message.

Réalisé par des jeunes, pour des jeunes de l'enseignement primaire, le vidéogramme "La télé dans tous ses états", reprenant huit courts-métrages, peut également servir d'outil didactique pour toute personne (enseignant, éducateur, animateur, assistant social, parent...) désireuse d'informer et de sensibiliser les jeunes.

Pour tout renseignement sur cet outil : **Annick Clijsters** et **Sophie Fiévet**, service social, Maison médicale Norman Bethune, rue Piers 68, 1080 Bruxelles, tél. (02) 411 98 18, fax (02) 414 34 37.

## Informez-nous !

Si vous souhaitez partager vos réflexions ou vos expériences en promotion de la santé, n'hésitez pas à nous proposer vos textes. Ils seront accueillis avec grand intérêt.

Si vous avez une information brève à communiquer, adressez-la nous par fax ou e-mail au plus tard le 15 du mois précédant la date de parution d'Education Santé, en tenant compte du fait que la revue est distribuée entre le 5 et le 10.

Par exemple, pour une parution en octobre, et pour autant que l'événement ait lieu après le 10, merci de nous envoyer le texte le 15 septembre dernière limite.

Réalisation et diffusion: Infor Santé, Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS.

Rédacteur en chef: **Christian De Bock**.

Secrétaire de rédaction: **Christian De Bock**.

Secrétaire de rédaction adjoint: **Anne Fenaux**.

Responsable des rubriques Acquisitions, Brèves, Documentation, Lu pour vous, Matériel et Vu pour vous:

**Maryse Van Audenhaege**.

Documentation:

**Maryse Van Audenhaege**.

Abonnements: **Franca Tartamella**.

Comité de rédaction: **Martine Bantuelle**, **Luc Berghmans**, **Nathalie da Costa Maya**, **Christian De Bock**, **Alain Deccache**, **Michel Demarteau**, **Anne Fenaux**, **Anne Geraets**, **Christian Grégoir**, **Jacques Henkinbrant**, **Geneviève Houlioux**, **Véronique Janzyk**, **Jean-Luc Noël**, **Thierry Poucet**, **Bernadette Taeymans**, **Patrick Trefois**.

Editeur responsable: **Edouard Descampe**, avenue du Val d'Or 79, 1150 Bruxelles.

Maquette: **Philippe Maréchal**.

Mise en page et photogravure : **Prepress-Logistique ANMC**

Impression : **Sofadi**

Tirage: 2500 exemplaires.

Diffusion: 2200 exemplaires.

ISSN: 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

Documentation consultable sur rendez-vous pris au 02/237.48.53.

Pour tous renseignements complémentaires: **Education Santé**, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles. Tél.: 02/237.48.53. Fax: 02/282.42.49 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire). E-mail: [infor.sante@mc.be](mailto:infor.sante@mc.be)

La revue Education Santé est réalisée avec l'aide du Ministère de la Communauté française de Belgique - Département de la Santé.



Editeur responsable: Edouard Descampe, avenue du Val d'Or 79, 1150 Bruxelles.



NUMERO 139 - JUIN 99

## 1988 - 1998 : dix ans de promotion éducation santé

A l'occasion du dixième anniversaire de l'équipe PROMES de l'École de santé publique de l'ULB, la journée scientifique annuelle du RESO-UCL est devenue une manifestation commune aux trois équipes spécialisées en promotion de la santé des trois principales universités francophones du pays.

Cela a permis de donner plus d'ampleur à l'événement, tout en soulignant concrètement la volonté de concertation de ces trois équipes qui venaient à l'époque d'être agréées comme services communautaires de promotion de la santé en application du décret du 14 juillet 1997.

L'union faisant la force, cette journée offrit à un nombre d'intervenants plus important que d'habitude une tribune pour présenter leurs projets, leurs réflexions, leurs outils.

Vous en avez le résultat sous les yeux, soit un numéro triple reprenant la majeure partie des présentations qui se sont déroulées au cours des ateliers-débats. Les nombreux participants à la journée n'ayant pas pu se diviser en cinq auront ainsi l'occasion de découvrir des choses intéressantes!

Les exposés et les articles qui suivent ont été organisés en fonction de cinq lieux de vie, selon une approche souvent utilisée de nos jours. Il s'agit des écoles, des en-

treprises, des quartiers, des milieux de soins et des milieux d'accueil de la petite enfance.

La diversité et le nombre des interventions ne permettent que rarement aux auteurs de développer leur pensée de façon complète. Le lecteur en concevra peut-être parfois un peu de frustration, et voudra en savoir plus. Il n'est pas impossible que nous revenions sur certains sujets de manière plus exhaustive dans un de nos prochains numéros.

En attendant, bonne lecture!

**Christian De Bock**, rédacteur en chef

## Santé et bien-être à l'école

### Une enquête sur les comportements de santé des jeunes

L'étude " Les comportements de santé des jeunes en âge scolaire " a débuté en 1985 dans la Communauté française de Belgique, sous la responsabilité de l'Ecole de santé publique de l'Université Libre de Bruxelles (Unité de Promotion Education Santé: ULB-PROMES). Une enquête dans un échantillon aléatoire représentatif des jeunes scolarisés a été réalisée en 1986, 1988, 1990, 1992, 1994 et 1998. Le protocole de cette recherche est basé sur celui de l'étude internationale " Health Behaviours in School-Aged Children " (HBSC) patronnée par le Bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé<sup>(1)</sup>.

Le but de l'étude est de mieux connaître et comprendre les comportements de santé et le mode de vie des adolescents, et de tirer de cet enseignement des implications pour la promotion de la santé des jeunes.

Les principales caractéristiques de l'étude sont les suivantes<sup>(2)</sup>:

- elle est réalisée tous les deux ans dans un échantillon aléatoire représentatif des jeunes scolarisés (n'incluant pas l'enseignement spécial) de la première à la sixième

seconde, et des deux dernières années de l'enseignement primaire en 86, 90, 94 et 98;

- le questionnaire porte sur les différents aspects de la santé (physique, affective, sociale);
- la validation du questionnaire est réalisée au niveau international et communautaire;
- le questionnaire est auto-administré pendant les heures de cours,
- la collecte des informations se fait selon une procédure standardisée assurant la confidentialité.

### Fiabilité des réponses

Il est légitime de se demander si les jeunes répondent honnêtement; les résultats des études de validation sont unanimes à décrire le jeune comme un enquêté fiable. Un exemple de validation régulièrement effectuée est de comparer les réponses à la question sur le tabagisme avec un test salivaire (recherche du thiocyanate présent chez les fumeurs). Il y a bien sûr toujours quelques questionnaires fantaisistes, mais ils représentent moins d'un pour-cent du total.

La répétition régulière de l'enquête permet de mesurer les évolutions; celles-ci ont été récemment présentées<sup>(3)</sup> pour les années 86 à 94, par groupes de thèmes (comportements de protection,

conduites à risque, vie sexuelle et sida, plaintes et médicaments, accidents et traumatismes, vie à l'école).

Une limite de l'enquête est d'être faite en classe: les résultats ne concernent donc que les jeunes présents le jour de l'enquête. Les adolescents en décrochage scolaire, tout comme ceux qui " brossent " les cours, ne se retrouvent pas dans l'échantillon. Or, nous savons que ces jeunes présentent en général plus de conduites à risque et de difficultés psychologiques et sociales; les informations collectées présentent donc une **image optimiste de la réalité**.

Le fait que l'étude soit menée dans plusieurs pays permet des comparaisons internationales, utiles à plusieurs titres. Elles permettent tout d'abord d'identifier des problèmes majeurs: par exemple, la comparaison internationale souligne l'ampleur de la consommation de certains médicaments par les adolescents belges. Elles permettent également de proposer des objectifs réalistes: ainsi, s'il y a 25% de fumeurs en moins dans un pays voisin, c'est qu'il est possible de diminuer chez nous le pourcentage de jeunes fumeurs.

### Santé des jeunes et bien-être à l'école

Une facette importante de l'enquête concerne le bien-être des jeunes à l'école; cette facette été approfondie entre autres parce que, dès 1988, l'analyse des données montrait que les jeunes bien intégrés dans l'école présentaient un meilleur index de santé perçue: ils se déclaraient en meilleure santé, présentaient moins de plaintes somatiques, et consommaient moins de médicaments.

<sup>1</sup> Wald B., Aaro L.E., Smith C., Health Behaviours in School-Aged Children, a WHO Cross-National Survey (HBSC). Research Protocol for the 1993-1994 study. Hemil Rapport 1994;4 (University of Bergen, Research Center for Health Promotion).

<sup>2</sup> Piette D., Maes L., Peeters R., Prevost M., Stevens A., De Smet P., Smith C., The WHO-Collaborative Study: Health Behaviour in Schoolchildren in Belgium: methodology and dissemination of data. Archives of Public Health 1993;387-405.

<sup>3</sup> D. Piette, M. Prévost, M. Boutsens, P. De Smet, A. Leveque, M. Barette, Vers la Santé des jeunes en l'an 2000? ULB-ESP, PROMES, octobre 1997.



Jean-Luc FLEMAL

## Dépendance Bruxelles

16 juin 1999

Le Pélican asbl organise de 14 à 16 heures un exposé interactif sur les dépendances (alcool, drogues, médicaments, jeux de hasard, boulimie, conduites de dépendances affectives et psychologiques) et leurs approches. Lieu : rue du Président 55, 1050 Bruxelles.

Participation gratuite, réservation souhaitée.

Renseignements : tél.-fax (02) 502 08 61.

## Maladie d'Alzheimer Bruxelles

18 juin 1999

" Communiquer avec des personnes âgées de type Alzheimer ", avec Naomi Feil, créatrice de la Validation therapy. Organisateur : Mutualités libres et Centre Rhapsodie.

Au programme de la journée :

- présentation de la Validation therapy et jeu de rôle ;
- quels sont les symptômes et les causes de la confusion chez la personne très âgée ?
- comment être attentif aux signes précurseurs de la désorientation ?
- comment communiquer avec les personnes incohérentes et agitées ?
- comment aider un parent qui vit avec un(e) conjoint(e) " dément(e) " ?
- vaut-il mieux le/la placer dans un centre spécialisé ?
- comment gérer nos sentiments et nos pensées face à quelqu'un qui ne nous reconnaît plus ?
- comment rester nous-même en bonne santé ?

En pratique : cela se passera le 18 juin de 9 à 17 heures, à l'Auditoire Shell, rue Ravenstein 60, 1000 Bruxelles. Prix de l'inscription : 1600 F.

Renseignements : Centre Rhapsodie, chaussée de Waterloo 788, 1180 Bruxelles, fax (02) 372 23 27.

## Mort subite du nourrisson Spa

30 juin 1999

Conférence sur le thème de la prévention de la mort subite du nourrisson, organi-

sée par le Centre d'éducation du patient, en collaboration avec l'ONE, la FARES, l'Observatoire de la mortalité du nourrisson et les Centres locaux de promotion de la santé.

Au programme :

- présentation de la campagne 1999
- les précédentes campagnes menées en Communauté française de Belgique
- le point sur la situation et l'évolution de la mort subite du nourrisson en Communauté française de Belgique
- fondements de la campagne : résultats des expériences étrangères et stratégies éducatives
- le consensus des experts : recommandations, arguments, relation éducative
- l'aide au sevrage tabagique
- le vécu des parents ayant perdu un enfant.

Cela se passera le vendredi 30 juin, de 13h30 à 18h, au Domaine du Sol Cress, Salle Pierre le Grand, Spaloumont 5, 4900 Spa.

L'accès est entièrement gratuit.

Inscription et renseignements complémentaires : secrétariat du Centre d'éducation du patient, rue Fond de la Biche 4, 5530 Godinne, tél. (082) 61 46 11, fax (082) 61 46 25, e-mail : cep\_godinne@skynet.be

## Enfant Appel à projets

Le Fonds Houtman soutiendra cette année encore une ou plusieurs recherche(s)-action(s) sur le thème de " l'incidence des facteurs environnementaux sur le développement et la qualité de vie du jeune enfant ".

La recherche-action vise :

- à approfondir la connaissance de l'influence de certains facteurs environnementaux sur le développement physique et psycho-social de l'enfant, sur l'apparition éventuelle de handicaps ;
- à développer des actions de caractère préventif visant à diminuer ou supprimer certaines influences néfastes liées au cadre de vie de l'enfant.
- Le Fonds Houtman attachera une attention particulière à des projets permettant de diminuer les inégalités sociales en la matière et pouvant être facilement généralisés.

Les projets doivent parvenir à la Présiden-

ce du Fonds Houtman pour le 30 septembre 1999 au plus tard.

Le cahier des charges ou tous renseignements complémentaires peuvent être obtenus au secrétariat du Fonds Houtman, avenue de la Toison d'Or 86, 1060 Bruxelles, tél. (02) 543 11 71, fax (02) 543 11 78.

## Formation Bruxelles

L'Ecole de santé publique de l'Université Libre de Bruxelles organise une " Licence en sciences de la santé publique, spécialisation Promotion - Education Santé ". Ce programme de 2ème cycle universitaire vise à former du personnel de cadre capable d'évaluer les besoins de santé d'une communauté, de concevoir des projets et des actions communautaires de santé, de gérer et harmoniser les activités curatives, préventives, de réhabilitation et de promotion de la santé.

Programme : une année préparatoire et deux années d'études.

Trois options :

- Education - Promotion Santé ;
- Gestion de la santé communautaire en Europe ;
- Gestion de la santé communautaire en pays en voie de développement.

Un mémoire de fin d'études complète obligatoirement la formation.

Les cours se donnent en horaire de jour.

Renseignements et programmes complets de cours : Madame Patricia Pirotte, Université libre de Bruxelles, Ecole de santé publique, Campus Erasme - CP 591, route de Lennik 808, 1070 Bruxelles, tél. (02)555 40 14 (secrétariat), fax (02) 555 40 49, e-mail : patricia.pirotte@ulb.ac.be

## Santé publique Appel aux communications

Le 6e symposium de santé publique, qui aura lieu le 27 novembre 1999 à Bruxelles, sera consacré aux systèmes d'informations sanitaires. Les personnes souhaitant intervenir sont priées de fournir un résumé de leur communication avant le 15 juin.

Renseignements : Madame B. Zuyderhoff, Ecole de santé publique, UCL, Clos Chapelle-aux-Champs 30/3037, 1200 Bruxelles. Tél. : (02) 764 34 39. E-mail : brigitte.zuyderhoff@hosp.ucl.ac.be.

cation nutritionnelle et se référer aux objectifs prioritaires de l'alimentation du nourrisson (de 0 à 18 mois) et de l'alimentation du jeune enfant (de 18 mois à 6 ans).

**Fiche 3.**  
**Identifier et analyser les problèmes alimentaires qui préoccupent les parents**

Objectifs: identifier les problèmes qui préoccupent les parents dans le domaine de l'alimentation de leurs enfants (les questions le plus souvent posées concernent les conflits avec l'enfant, la diversification alimentaire ainsi que l'obésité ou la maigreur).

**Fiche 4.**  
**Communiquer en face à face au sujet de l'alimentation**

Objectifs: mieux communiquer dans une relation en face à face avec les parents des enfants qui sont amenés à la consultation ou que le TMS rencontre à domicile.

**Fiche 5.**  
**Préparer une réunion-discussion**

Objectifs: préparer une réunion-discussion sur la nutrition: choix du sujet, invitation des personnes-ressources, élaboration d'un plan, annonce de la réunion, préparation du matériel et accueil des participants.

**Fiche 6.**  
**Démarrer une réunion-discussion**

Objectifs: trouver la bonne motivation pour lancer une réunion-discussion avec des parents, en partant des préoccupations des parents, ou de celles de l'équipe médico-sociale, ou encore de celles de l'institution (ONE ou institution partenaire, par exemple centre local de promotion de la santé).

**Fiche 7.**  
**Conduire une réunion-discussion**

Objectifs: identifier les facteurs de réussite d'une réunion-discussion, gérer son déroulement et appliquer quelques techniques d'animation des réunions ascendantes.

**Fiche 8.**  
**Mobiliser un groupe de parents**

Objectifs: aider un groupe de parents dans l'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation d'un projet collectif relatif à l'alimentation du jeune enfant (avec présentation d'un exemple vécu).

**Fiche 9.**  
**Observer et évaluer le changement**

Objectifs: définir des objectifs spécifiques de changement d'ordre alimentaire, identifier les acteurs et clarifier les objectifs d'une évaluation, puis identifier les différents objets d'une évaluation (ressources, processus, résultats ou effets de l'action).

**Fiche 10.**  
**Se documenter**

Objectifs: trouver la documentation nécessaire à la réalisation d'activités de communication nutritionnelle: quelques livres

conseillés, des brochures indispensables, des vidéos et des bonnes adresses.

**Dominique Laure Filée, CERES - ULG ■**

**Publications disponibles (rapports, articles)**

ANDRIEN M., FILEE D.L., HALBARDIER V., Fichier-guide de la communication en nutrition dans les consultations de l'ONE, Bruxelles, ONE, 1999 (à paraître).

Génération ONE, L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, Bruxelles, ONE, septembre 1998.



Question Santé - MUYLE

**Tableau I** - pourcentage de jeunes qui ont brossé au moins une fois depuis le début de l'année scolaire, par âge et sexe

	GARÇONS				FILLES			
	11 ans	13 ans	15 ans	17 ans	11 ans	13 ans	15 ans	17 ans
n	918	743	701	668	976	822	926	851
au moins 1/mois	5	6	10	18	3	3	9	14
plus rarement	14	14	22	34	10	10	22	31
jamais	81	80	68	48	87	87	69	55
TOTAL (%)	100	100	100	100	100	100	100	100

Le questionnaire de 1994 comportait 25 questions sur l'école, la classe, les enseignants, la discipline, le stress, les relations entre élèves ou parents et l'école. Ces aspects sont importants car ils caractérisent un milieu de vie où se concentrent de nombreux espoirs: celui de former des adultes responsables, capables de prendre leur place dans la société, celui de les aider à apprendre dans une ambiance stimulante, de développer leurs aptitudes sociales.

Les résultats présentés ci-dessous concernent les 6.672 élèves âgés de 13, 15 et 17 ans interrogés en 1994.

**L'absentéisme**

Une nouvelle variable importante a été introduite pour la première fois dans la standardisation des données: il s'agit de l'absentéisme. Nous avons demandé aux jeunes présents à l'école le jour de l'enquête s'ils avaient «brossé» un cours (une fois, plusieurs fois) depuis le début de l'année scolaire. Sont considérés comme «brosseurs» les jeunes qui ont manqué au moins un cours pour convenance personnelle, sans l'accord de leurs parents et non pour des raisons médicales. Les données standardisées seront donc ajustées pour l'âge, le sexe, le type d'enseignement et l'absentéisme.

Le tableau I montre que le pourcentage de jeunes qui brossent régulièrement (au moins une fois par mois), est loin d'être négligeable.

L'absentéisme est surtout le fait des garçons, des élèves les plus âgés et de ceux de l'enseignement technique et professionnel (graphique I). Les petits triangles indiqués sur le graphique pointent les différences statistiquement significatives.

**La perception de l'école**

À 13 ans, 67 % de jeunes déclarent aimer l'école «beaucoup» ou «un peu». Ils ne

sont plus que 56 % à 17 ans. Pour des raisons techniques, il n'est pas possible d'inclure les jeunes de 11 ans dans les mêmes analyses statistiques. Toutefois, il est clair que le nombre de jeunes qui aiment l'école diminue régulièrement entre 11 et 18 ans. Les filles, les jeunes de l'enseignement professionnel et les jeunes qui ne brossent jamais sont plus nombreux que les autres à aimer l'école.

En dehors de cette appréciation globale, les jeunes ont été invités à se prononcer sur un ensemble de propositions permet-

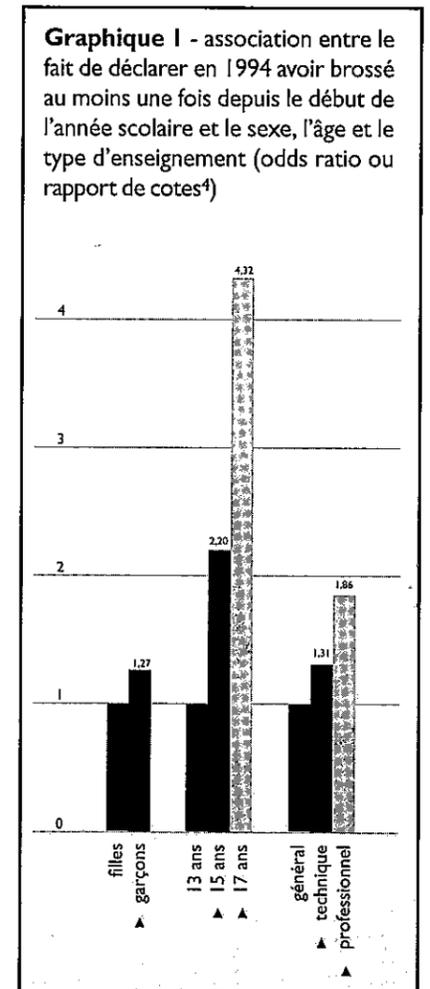
tant de cerner de manière plus fine ce qu'ils ressentent vis-à-vis de l'école.

Les résultats présentés ici correspondent aux propositions suivantes :

- j'aime bien l'école
- je ne suis jamais, ou rarement, fatigué le matin
- je ne suis pas stressé par le travail scolaire
- je suis d'accord/tout à fait d'accord avec les propositions suivantes :
- le règlement de l'école est juste
- je fais partie de mon école
- je suis encouragé à m'exprimer
- les élèves de ma classe ont du plaisir à être ensemble
- les autres élèves m'acceptent comme je suis
- beaucoup de ce que nous apprenons est utile
- je ne suis pas d'accord avec la proposition «ce serait génial si je pouvais arrêter l'école».

Le tableau 2 présente un résumé des résultats de l'analyse de ces variables. Le petit triangle indique que, dans le groupe concerné, la proportion de jeunes en accord avec la proposition est, de manière significative, plus importante que dans les autres groupes. Lorsqu'aucun groupe n'est pointé, c'est qu'il n'y a pas de différence entre les catégories de jeunes.

On voit que, dans beaucoup de cas, les plus jeunes ont une perception plus positive de l'école: cela semble indiquer que l'école n'évolue pas suffisamment en fonction des besoins des jeunes. Il est bien sûr normal et souhaitable que l'es-



4 L'odds ratio estime le «risque» de différentes catégories de jeunes par rapport à une catégorie de référence. Les catégories de référence sont ici les filles, les jeunes âgés de 13 ans et les jeunes de l'enseignement général. Si la valeur de l'odds ratio est supérieure à un, c'est que la catégorie considérée a un «risque» plus grand que la catégorie de référence par rapport au phénomène étudié... Les associations significatives sont indiquées par un petit triangle.

**Tableau 2** - résumé concernant l'association entre différents aspects de la perception de l'école et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'absentéisme (odds ratio ou rapports de cotes) (1994)

	se disent d'accord avec la proposition, surtout les...			
	SEXE	AGE	TYPE ENSEIGNEMENT	RÉGULARITÉ SCOLAIRE
j'aime l'école	filles ▲	plus jeunes ▲	professionnel ▲	non-brosseurs ▲
pas de fatigue matinale	filles	plus jeunes ▲	professionnel ▲	non-brosseurs ▲
pas stressé par l'école	garçons ▲	plus jeunes ▲	professionnel ▲	
règlement juste		plus jeunes ▲		non-brosseurs ▲
faire partie de l'école	filles ▲	plus jeunes ▲		non-brosseurs ▲
pouvoir s'exprimer	filles	plus jeunes ▲		non-brosseurs ▲
aimer être ensemble	garçons ▲	plus jeunes ▲		non-brosseurs ▲
être accepté comme on est	garçons ▲	plus âgés ▲		brosseurs
apprendre de l'utile		plus jeunes ▲	professionnel ▲	non-brosseurs ▲
ne pas vouloir arrêter l'école	filles ▲	plus âgés ▲	général ▲	non-brosseurs ▲

prit critique augmente lors de l'adolescence. On ne peut toutefois pas rester indifférent devant cette progressive dégradation du lien avec l'école; ces constats sont autant de pistes ouvertes à une réflexion sur la manière de rendre l'école mieux adaptée aux besoins, aux intérêts et à la sensibilité des jeunes.

Il semble par contre que la tolérance entre élèves s'améliore au fil de la scolarité; on peut ici réfléchir aux moyens à mettre en œuvre pour accélérer ce processus.

### La socialisation et l'agressivité

L'école n'est pas seulement un lieu où l'on reçoit et développe des connais-

sances; les jeunes y apprennent aussi la vie de groupe, avec ses règles, ses joies et ses problèmes. Certains s'y livrent à des comportements agressifs, ou en sont victimes. Ces phénomènes sont cernés dans l'enquête sous deux angles de vue:

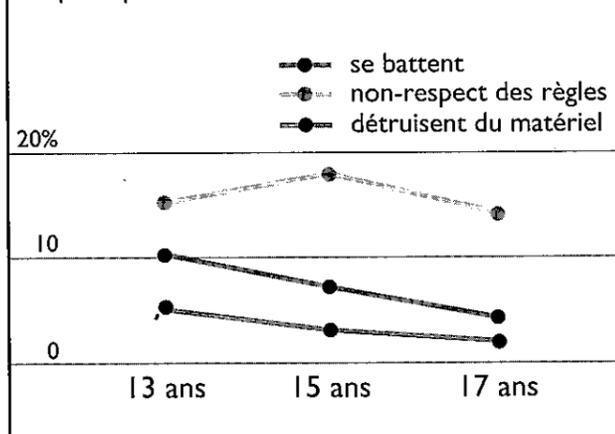
- d'une part, le fait d'avoir des difficultés à l'école parce que l'on se bat, parce qu'on ne respecte pas les règles ou parce qu'on détruit du matériel;
- d'autre part, le fait de se sentir méchamment "charrié" ou "provoqué".

Le pourcentage des jeunes qui ont des ennuis à l'école parce qu'ils se battent, ne respectent pas les règles ou détruisent volontairement du matériel a tendance à diminuer avec l'âge (**graphique 2**). Ces résultats doivent bien sûr être examinés

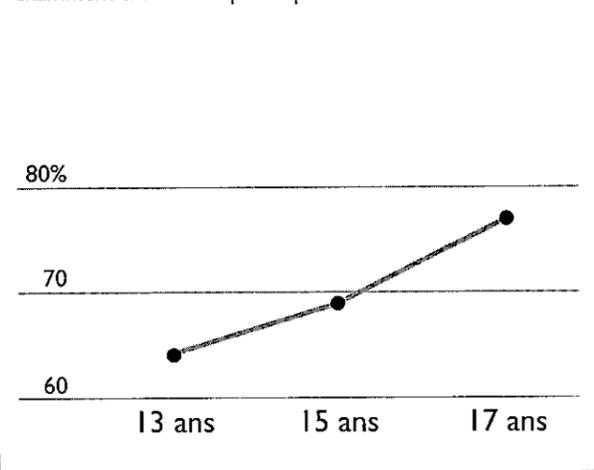
avec la plus grande prudence: il est possible que ceux qui connaissent les problèmes disciplinaires les plus sérieux soient les jeunes qui, plus tard, décrochent de l'école. L'évolution apparemment positive ne traduirait dès lors pas une amélioration dans la situation des jeunes à l'école, mais plutôt une amélioration du climat scolaire grâce au départ des fauteurs de trouble...

Quant au fait d'être victime de violence, on peut voir dans le **graphique 3** que le pourcentage de jeunes qui ne se sentent jamais ou rarement méchamment «charriés» ou «provoqués» varie de 64 à 77% entre 13 et 17 ans. Cela signifie, à contrario, qu'un tiers à un quart des jeunes (surtout les garçons plus jeunes, dans l'ensei-

**Graphique 2** - taux standardisés en % de jeunes de 13, 15 et 17 ans qui déclarent en 1994 avoir des difficultés à l'école parce qu'ils se battent, parce qu'ils ne respectent pas les règles ou parce qu'ils détruisent du matériel



**Graphique 3** - taux standardisés en % des jeunes de 13, 15 et 17 ans qui déclarent avoir été rarement ou jamais méchamment charriés ou provoqués en 1994



En conclusion finale, il est manifeste que les intervenants éprouvent des difficultés de communication avec les publics immigrés comme avec les autres publics qui présentent des profils éloignés de ce qu'ils sont eux-mêmes. Quand ces difficultés ne sont pas d'ordre linguistique, elles sont

souvent dues à la représentation que les intervenants se font des pratiques et des représentations des autres en matière de santé. Il est vrai qu'il existe des différences, mais encore une fois, elles ne sont pas réductibles au binôme belge - immigré. De surcroît, des pratiques différentes

de celles qui sont préconisées par la médecine occidentale contemporaine ne sont pas nécessairement des pratiques défavorables à la santé de l'enfant, loin de là.

Anne Riffon, CERES - ULG ■

## Communication nutritionnelle dans les consultations ONE

### Processus d'élaboration

En 1996-1997, la communication nutritionnelle a fait l'objet d'une recherche-action de l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) en Province de Liège. Cette recherche-action a fait apparaître un éventail de besoins en formation chez les médecins et travailleurs médico-sociaux (TMS) des consultations.

Le CERES a alors proposé à l'ONE de construire un fichier-guide de communication en nutrition qui deviendrait à la fois un support de formation des TMS et un soutien à la communication nutritionnelle au sein des consultations.

Sur la base des résultats de la recherche-action, les objectifs de formation et les contenus des dix fiches ont été discutés par deux groupes d'acteurs de terrain (TMS et médecins), puis soumis par le CERES à des représentants des services centraux de l'ONE (formation, éducation pour la santé, nutrition, gestion du personnel).

Les fiches ont ensuite été rédigées et un curriculum de formation de deux journées complètes (12 heures) a été élaboré.

Ce module de formation, dont le fichier-guide constitue le principal support, vise à faire progresser les participants vers les objectifs suivants:

- être conscient des objectifs prioritaires de la communication nutritionnelle avec les parents en Communauté française de Belgique;
- être à l'écoute des problèmes que rencontrent les parents ou les aider à les identifier;
- analyser les problèmes en tenant compte du contexte de vie de la famille;

- définir avec les parents des objectifs de changement précis et réalistes;

- mettre en place des situations de communication adaptées à son public;

- gérer la communication interpersonnelle en face à face, la communication en groupe et l'utilisation de supports de communication variés;

- évaluer les processus mis en oeuvre, les résultats obtenus et l'impact à long terme.

Ce module de formation a fait l'objet d'un prétest auprès d'une douzaine de TMS (infirmières ou assistantes sociales travaillant dans les consultations de l'ONE). A la suite de ce prétest, ces outils de formation et de communication ont été révisés.

Le prétest a donné des résultats intéressants. Tout d'abord, les contenus de formation ont été jugés utiles ou très utiles et les objectifs pertinents par rapport à l'activité professionnelle des TMS. Les méthodes de formation proposées par le CERES ont été évaluées positivement, en particulier la méthode de visualisation mobile participative, la méthode d'analyse causale des problèmes de santé et les jeux de rôles de communication interpersonnelle ou en groupe.

Il a cependant été décidé d'étaler la formation sur trois journées (soit 18 heures) plutôt que deux, en raison de la densité des contenus à aborder.

En définitive, le prétest de la formation a fait apparaître de nouveaux besoins: approfondissement des compétences en communication interpersonnelle et en communication en groupe chez les TMS, formation à la construction et à l'évaluation de curriculums de formation chez les formateurs de l'ONE.

Le fichier-guide a été révisé en fonction des résultats de ce prétest. Il est apparu très clairement que la diffusion d'un tel fichier-guide n'avait de sens que dans le cadre d'un module de formation de type expérientiel, c'est-à-dire fondé sur le vécu des participants.

En décembre 1998, une journée de formation a réuni les formateurs de l'ONE avec l'équipe du CERES afin d'offrir ce module de formation et le fichier-guide correspondant à tous les TMS intéressés dès 1999.

### Contenu du fichier-guide

Les dix fiches développent les bases de la communication interpersonnelle et de la communication en groupe, appliquées à la nutrition.

Les contenus sont organisés de la façon suivante:

#### Fiche 1. Modifier la conduite alimentaire par la communication

Objectifs: comprendre les différents facteurs qui déterminent les conduites alimentaires, tenir compte des conditions d'une bonne communication nutritionnelle et construire des situations de communication appropriées aux différents objectifs, aux différents types de publics et aux différentes situations de communication (la salle d'attente, la consultation, la visite à domicile ou encore la réunion de groupes).

#### Fiche 2. Conseiller une alimentation équilibrée

Objectifs: énoncer les principes d'une alimentation équilibrée, utiliser la pyramide alimentaire comme support de communi-

chez toutes les Italiennes mais insuffisante chez 39 % des Turques et chez 12 % des autres immigrées.

Le niveau d'instruction est très variable dans chaque sous-groupe national, mais il faut noter que 43 % des Turques et 33 % des autres immigrées n'ont pas fait une seule année d'études en Belgique.

Les résultats de cette enquête font apparaître peu de différences significatives entre les quatre groupes de population, tant au niveau des représentations de la santé qu'au niveau des pratiques de santé.

La représentation dominante de la maladie est une représentation ontologique exogène, pour reprendre ici la classification proposée par Laplantine, spécialiste de l'anthropologie de la santé: la maladie est considérée comme un mal en soi, elle est isolable et localisable, et elle est la conséquence de l'action d'un élément étranger au malade.

Les mères turques accordent toutefois plus d'importance au facteur "hygiène" comme élément extérieur pouvant agir sur la santé.

Par ailleurs, les mères turques font moins souvent référence à la vaccination comme moyen préventif.

Les représentations de la santé et de la maladie, ainsi que les pratiques de santé et d'utilisation des services de santé, ne semblent pas liées au statut d'immigré, mais bien à l'ancienneté de l'immigration et surtout à la connaissance de la langue française.

Cette connaissance de la langue est le signe d'une bonne intégration à la société d'accueil.

Il est intéressant de constater que si la consultation de nourrissons est le lieu d'interaction privilégié avec le personnel de santé, le mode de communication privilégié par les mamans pour parler de la santé de leur enfants est la communication interpersonnelle avec les personnes de l'entourage: la famille pour les Belges et les Italiennes, les amies pour les Turques et le mari pour les autres immigrées.

### Les messages transmis par les TMS

La troisième enquête, réalisée auprès de tous les TMS qui travaillent dans des consultations de villes comptant plus de 10 % de population immigrée, avait pour

objet de mieux cerner leurs propres attitudes concernant les difficultés éventuellement rencontrées avec des publics "différents" soit par l'origine nationale, soit en fonction d'un autre critère.

Sur les 279 questionnaires envoyés, 76 nous sont revenus soit 27 %.

52 % des répondants étaient des assistantes sociales et 48 % des infirmières.

Sur la base de l'enquête exploratoire, 19 messages de santé étaient proposés à l'analyse des personnes interrogées.



Les messages les plus difficiles à faire appliquer sont (pour tous publics confondus):

- donner à son enfant une alimentation équilibrée 76 %
- aménager son habitation de façon à prévenir les accidents domestiques 70 %
- s'abstenir de fumer pendant la grossesse 58 %
- pratiquer la contraception 57 %
- faire jouer l'enfant 54 %
- mettre en oeuvre de bonnes pratiques d'hygiène autour de l'enfant 51 %
- réussir l'allaitement (naturel ou artificiel) de son enfant 50 %
- sortir les bébés de la maison 50 %

Pour tous les publics, il apparaît que le thème le plus difficile à traiter avec un impact sur les comportements est l'alimentation équilibrée.

Globalement, les deux types de publics avec lesquels les travailleurs médico-sociaux éprouvent des difficultés particulières sont les publics socio-économiquement défavorisés et les publics immigrés.

Selon les TMS, il est particulièrement difficile, avec les personnes socio-économiquement défavorisées, de faire passer les messages concernant la prévention des accidents domestiques, les pratiques d'hygiène, la vaccination, la surveillance de la grossesse et la prévention de la déshydratation.

Avec les publics immigrés, il est particulièrement difficile de faire passer les messages concernant la contraception, le jeu avec l'enfant, les sorties du bébé, et il est plus difficile de les amener à se confier au personnel de santé.

### En résumé

Les conclusions suivantes de ces enquêtes en milieu multiculturel ont pu être tirées:

1. Il faut abandonner la catégorisation Belges-immigrés, car cette catégorisation ne permet pas d'opposer des groupes de population qui auraient des représentations et des pratiques différentes dans le domaine de la santé.

2. Il faut toutefois accorder une attention particulière aux publics récemment immigrés. Il convient de les aider à établir leurs repères en matière de santé et en matière d'utilisation de services de santé.

3. Il faut encourager une écoute plus grande des TMS par rapport à la diversité des publics qui se confient à eux.

4. Dans le cadre des consultations de nourrissons, il faut organiser des situations où les mères de familles peuvent converser entre elles au sujet de la santé de leurs enfants. Il faut ainsi encourager le dialogue entre femmes d'origines différentes sur la façon de s'occuper des bébés.

gnement technique et professionnel), se sentent exposés à une certaine violence de la part de leurs pairs.

On pourrait se dire qu'une certaine agressivité est naturelle; par ailleurs, l'enquête ne permet pas d'établir à quel point les expériences vécues par ces jeunes sont perturbantes. Cependant, on sait aussi que les problèmes de violence à l'école sont de plus en plus souvent pointés par les enseignants et les intervenants scolaires: le phénomène mérite donc que l'on s'y attarde. A l'étranger, des programmes ont été mis au point dans ce domaine, et évalués; il conviendrait de les examiner et, éventuellement, de les adapter à notre situation.

### Quelques pistes de réflexion

Le travail paraît n'avoir qu'une part relative dans le fait d'aimer ou pas l'école. Les facteurs les plus associés au fait d'aimer l'école, dans les 24 pays participant à l'enquête de 1993-1994 sont: percevoir l'école comme agréable, sentir qu'on en fait partie, être traité sans injustice par les professeurs, percevoir le règlement comme juste, sentir que les professeurs portent un intérêt personnel à l'élève.

Viennent ensuite la perception du travail par le titulaire, le fait de recevoir de l'aide en cas de besoin, de ne pas être fatigué le matin, d'être heureux, de ne pas être traité trop sévèrement à l'école et de ne pas se sentir stressé.

L'école semble donc être d'abord un milieu de vie comme un autre, un endroit où l'on se plaît si l'ambiance est agréable, si l'on s'identifie à la communauté scolaire, si l'on ne subit aucune injustice, si l'on est respecté en tant que personne. Les données présentées ici suggèrent qu'une part non négligeable des jeunes éprouvent certains sentiments de mal-être à l'école; on peut donc craindre qu'ils ne soient pas dans des conditions leur permettant de tirer du milieu scolaire tout le bénéfice que l'on pourrait en attendre.

L'analyse des données récoltées en 1988 a montré que les jeunes bien intégrés dans l'école présentaient un meilleur index de santé perçue: ils se déclaraient en meilleure santé, présentaient moins de plaintes (mal de dos, etc.) et avaient tendance à moins consommer de médicaments<sup>(5)</sup>. Ces résultats, observés par d'autres auteurs<sup>(6)</sup>, confirment bien que la santé est un tout, dans lequel interagissent des paramètres physiques, psychiques et sociaux; ils invitent aussi à ac-

order toute son importance au milieu scolaire dans lequel les jeunes passent une très grande partie de leur temps et vivent des expériences déterminantes.

Ces résultats renforcent le mouvement actuel d'écoles en santé qui vise à promouvoir la santé des jeunes et des adultes à l'école par des projets de toute la communauté éducative et des élèves, projets développant une école agréable, stimulante, participative, où il fait bon vivre. Une fois ces conditions remplies, les jeunes, ou plutôt tous les jeunes, y compris ceux qui sont le plus à risque, seront en mesure de bénéficier de programmes spécifiques ou thématiques de promotion santé.

**Marianne Prévost, Danielle Piette,** Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique / PROMES ■

5 Humblet P., Piette D., A propos de la reproduction sociale des comportements de santé des jeunes. In: Humblet P., Laloy M.J., Shaban H. (eds). *Alerte aux jeunes. Actes du Forum des Femmes prévoyantes socialistes (mai 1990)*, Bruxelles, FPS, 1991:17-34.

6 Nutbeam C., Smith C., Moore L., Bauman A., Warning! Schools can damage your Health: Alienation from School and its Impact on Health Behaviour. *Paediatr. Child Health*, 1993;29(suppl):S25-S30.

Chan Chee C., Baudier F., Dressez C., Arenas J. *Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire (11, 13, 15 ans) Paris, CFES 1997 (Baromètre Santé 94 Jeunes)*.

## Réussir un projet d'école en santé

Le présent texte a pour objectif de présenter quelques facteurs dont le respect constitue une garantie d'émergence et d'implantation d'un projet santé à l'école. Loin d'être exhaustive, cette liste tend à mettre en évidence des éléments tantôt attendus, tantôt originaux, identifiés lors de différents projets, en particulier dans le cadre du programme "Réseau Européen d'Ecoles en Santé (REES)", expression pour la Communauté française du *European Network of Health Promoting Schools* conçu et coordonné au niveau européen par l'OMS, le Conseil de l'Europe et les Communautés européennes. Le service Education pour la santé de la Croix-Rouge de Belgique a été chargé voici cinq ans de coordonner ce programme pour une vingtaine d'écoles-pilotes en leur apportant formation, outils pédagogiques, encadrement méthodologique,...



Avant d'entamer une phase de diffusion et de dissémination du concept "école en santé" à large échelle auprès d'un maximum d'écoles de la Communauté française, il est utile d'identifier les conditions favorables à la mise en oeuvre d'un processus qui mènera à construire une école promotrice de santé. Mais précisons d'abord les indicateurs retenus pour

caractériser cette école où émerge et s'implante un réel projet en santé. A qui la reconnaît-on?

### Quatre caractéristiques

En schématisant, on peut citer quatre caractéristiques.

**Institutionnalisation.** La santé, et avec elle l'éducation pour la santé, est intégrée dans le projet d'école; elle est abordée lors des conseils de participation; le projet est reconnu par le pouvoir organisateur. En outre, une personne, ou une équipe, est identifiée comme porteur du projet dans l'école, comme référent, comme coordinateur de tout ce qui touche à la santé dans l'école.

**Perspectives à long terme.** Les actions mises en place s'inscrivent dans la durée (aménagement des locaux, formations, réflexion sur l'évaluation, délégués de

classe,...); le projet dans ses actions comme dans sa réflexion, dépasse le cadre de la classe pour concerner les différents degrés, options, sections, et investir également les couloirs, le réfectoire, la cour de récréation,...

**Priorité à l'approche psycho-affective.** L'école met en oeuvre des processus pédagogiques visant à améliorer l'estime de soi, l'école, les relations sociales, l'assertivité,...

**Partenariats.** Des collaborations étroites et continues sont mises en place avec des partenaires santé internes (les parents, les IMS, PMS,...) ou externes (centres de planning, Centres locaux de promotion de la santé, services aux éducateurs,...).

## Sept conditions

Venons-en maintenant à la question qui nous préoccupe aujourd'hui: quelles conditions respecter pour qu'un projet émerge et se développe en milieu scolaire?

**Adhésion à des valeurs et engagement social des enseignants porteurs du projet.** Lors de l'analyse des motivations et des raisons

d'adhérer au projet REES, certaines écoles ont mis en avant des motifs classiques du type "résolution de problèmes", mais les ont intégrées dans des perspectives plus larges telles que "la santé des élèves, c'est aussi la responsabilité des professeurs", "l'école ne peut fermer les yeux sur les inégalités sociales" ou "une école promotrice de santé, c'est un projet politique (au sens noble)" et ont ainsi perçu dans le programme REES l'occasion de vivre des valeurs telles que la solidarité, la démocratie, le respect de soi et des autres,...

**Implication du chef d'établissement.** Trois niveaux dans cette implication: reconnaissance du projet d'abord (le directeur connaît le projet, son contenu, ses objectifs, et le reconnaît comme intéressant); "légitimation" ensuite par laquelle le directeur accorde à ce projet une place prioritaire dans la vie de l'école et dans ses objectifs, et permet au projet ainsi légitimé de s'institutionnaliser; mise à disposition de ressources (temps, espace, moyens matériels,...).

**Visibilité du projet.** Approche globale, analyse de la situation, planification,... la mise en oeuvre d'un programme d'éducation pour la santé prend du temps, surtout quand il rame à contre-sens d'enseignants impatientes d'organiser une animation "dépendances" ou un petit déjeuner malin sans nécessairement s'interroger sur la correspondance de ces actions avec les besoins et demandes de la population; il est toutefois capital d'assurer très vite la visibilité, et ainsi la lisibilité du projet, en communiquant les conclusions de l'analyse de la situation, en organisant des rencontres et réunions sous un



de "compréhension" quant aux comportements de santé des jeunes, à leurs besoins, au sens de notions telles que la prise de risque, l'éducation par les pairs, le curriculum caché,..., et ont ainsi commis des erreurs (choix de stratégies inadaptées, appréciation erronée des ressources nécessaires, critères d'évaluation inadaptés,...). L'implication tout au long du projet d'un maximum d'enseignants dans un processus d'information sur l'éducation pour la santé et les thématiques qui s'y réfèrent constitue une réelle garantie de bon déroulement du projet, mais aussi une source d'arguments pour motiver parents, collègues et décideurs.

**Des capacités "opérationnelles".** Développer un projet exige de la part de ceux qui le portent d'accomplir de nombreuses tâches souvent éloignées de leur propre formation: planifier, organiser des réunions, évaluer, répartir les tâches, prendre la parole en public, créer des partenariats,... autant d'activités qui semblent "aller de soi" pour les promoteurs (l'OMS, la Croix-Rouge,...), ce

qui n'est pas le cas, et c'est parfaitement respectable, pour bon nombre d'enseignants. Or, ce seront souvent des réunions mal gérées "où l'on perd son temps", des modes de communication maladroits ou inexistantes, des questionnaires mal rédigés, etc., qui freineront l'émergence du projet et provoqueront démotivation, désintérêt, désengagement. **Adaptation et réajustement.** Dernière condition à souligner: la capacité des écoles (équipe de projet, directeur, structure,...) à s'adapter aux circonstances, aux contrariétés, aux petits et grands changements survenus au sein de l'école s'avèrera déterminante. Réussir un projet, c'est pouvoir le modifier, le transformer, sans le dénaturer, notamment en adoptant une politique des petits pas, en travaillant en équipe, en créant des partenariats,...

Il est évident que ces conditions ne sont pas nécessairement "données" dès le départ et qu'elles peuvent apparaître au fur et à mesure qu'évolue le projet.

**André Lufin**, Service Education pour la santé, Croix-Rouge de Belgique ■

proposition de développer des **synergies** (coordination locale, groupe de travail...) entre représentants des pouvoirs organisateurs, responsables et utilisateurs des milieux d'accueil..., soutenues par le Service inspection de l'ONE et à l'instigation du Conseil pédagogique. Il s'agirait de développer des lieux de consultation, avis, formation... ouverts

tant aux professionnels qu'au public intéressé ("vitrine ONE");

- **au niveau local**, soit les projets éducatifs dans les différents types de services d'accueil: proposition d'améliorer la participation des différents groupes d'intervenants, en particulier, les parents, dans la définition d'objectifs de qualité qui tiennent compte des spécificités sociales,

culturelles et économiques en présence mais aussi des valeurs reconnues. Objectifs qui peuvent être intégrés dans les projets éducatifs au même titre que les aspects psychopédagogiques qui renvoient à la qualité interne.

**Catherine Geleyn**, Ecole de santé publique de l'ULB ■

## Education pour la santé de la petite enfance en milieu immigré

Notre recherche s'est déroulée en Communauté française de Belgique grâce à l'appui du Fonds Houtman de l'Office de la Naissance et de l'Enfance.

L'objectif principal de cette recherche était la formulation de recommandations pour la formation des travailleurs médico-sociaux (TMS) qui accueillent les mères et les enfants en consultation.

L'accent était mis sur les particularités éventuelles du travail avec des publics immigrés.

Notre hypothèse principale était que les TMS rencontraient des difficultés liées à l'hétérogénéité du public reçu en consultation, mais que les différences observées entre les représentations et les pratiques des Belges et des immigrés n'expliquaient que très partiellement ces difficultés.

L'hypothèse corollaire était que les besoins en formation s'orientaient davantage vers les compétences en communication et en gestion d'activités de communication pour la santé que vers une étude approfondie des cultures exotiques.

Trois types d'enquêtes ont donc été réalisées:

- une enquête exploratoire, à Charleroi, Liège et Bruxelles, sous forme d'entretiens individuels auprès des intervenants, en matière d'éducation pour la santé en faveur de la petite enfance, et auprès des mères immigrées bénéficiaires de ces institutions;

- une enquête par entretiens individuels approfondis avec 157 mères d'enfants de 0 à 3 ans fréquentant une consultation ONE, dans un milieu à densité élevée d'immigrés, à Seraing, dans la banlieue de Liège;

- une enquête par questionnaires auto-administrés auprès de 76 TMS de consultations de nourrissons situées en milieu urbain à densité moyenne ou élevée d'immigrés.

### Les canaux de la communication pour la santé

L'enquête exploratoire a tout d'abord fait apparaître que l'éducation pour la santé en faveur de la petite enfance est pratiquée par une grande diversité d'intervenants: médecins, assistants sociaux, infirmières, éducateurs, etc.

Ces intervenants n'ont pas toujours une conscience claire de leur rôle d'éducateur pour la santé et généralement les références théoriques en la matière leur font défaut.

La plupart de ces intervenants considèrent que les difficultés rencontrées avec certains types de publics sont liées à leurs conditions matérielles d'existence plutôt qu'à leurs spécificités culturelles.

De leur côté, les bénéficiaires de ce type d'intervention ont fait état de représentations et de pratiques en matière de santé fort similaires à celles que nous connaissons dans les publics belges.

Leur demande de conseils et surtout leur demande d'une amélioration de la communication avec les personnels de santé nous ont orientés vers une recherche plus approfondie des difficultés éventuellement liées à la communication en milieu multiculturel.

Enfin, la recherche exploratoire a fait apparaître que les consultations offertes par l'ONE étaient bien, pour les milieux immigrés, les canaux de communication pour la santé en faveur de la petite enfance.

Cette communication passe lors de l'entretien d'une dizaine de minutes avec le médecin et le TMS, mais aussi entre les mamans, dans la salle d'attente ou dans la salle où sont effectués le déshabillage et la pesée de l'enfant. Cette deuxième forme de communication au sujet de la santé de leurs enfants revêt souvent un caractère interculturel puisque les publics belges et immigrés (de première, deuxième ou troisième génération) sont généralement reçus lors des mêmes séances.

### Les représentations et les pratiques des mamans

Dans une deuxième phase de la recherche, une enquête systématique, par entretiens individuels approfondis, a été menée auprès du public reçu dans le cadre d'une consultation située à Seraing, dans la banlieue de Liège, entre mars et juin 1994.

Le but de cette enquête était de mettre en évidence les différences éventuelles des représentations et des pratiques à l'égard de la santé du jeune enfant, entre les mères belges et immigrées habitant un même quartier urbain, un quartier défavorisé de Seraing.

Toutes les mères des enfants inscrits au registre de cette consultation ont été sollicitées et presque toutes ont accepté de s'entretenir avec nous.

L'échantillon était composé de 157 mères, dont 67 belges et 90 immigrées.

Parmi les 90 immigrées, 37 sont italiennes (2ème et 3ème génération), 33 sont turques (1ère génération) et 20 mères sont d'une autre nationalité.

La maîtrise de la langue française a été jugée suffisante chez toutes les Belges et

L'intérêt de cette approche réside dans le fait qu'elle intègre une dimension multidisciplinaire qui couvre aussi bien les domaines psychologique, social, économique que politique.

La nouvelle approche de qualité globale de l'accueil consiste à développer un concept dominé par trois dimensions.

### Relativité

Chaque intervenant a un point de vue de la qualité d'accueil qui varie selon son statut ou sa fonction... Un parent, par exemple, aura d'autres attentes de la crèche qu'un pédiatre ou un pouvoir organisateur.

Ce point de vue varie également selon la culture de la personne concernée. Les styles éducatifs de familles d'horizons culturels différents ou de familles socio-économiquement différenciées nécessiteront dans bien des cas que du temps soit consacré afin que professionnels et parents s'entendent sur les besoins et habitudes des enfants accueillis. Les rituels pour rassurer l'enfant, l'importance accordée aux repas et à la composition de ceux-ci tel l'interdit de porc pour les musulmans, les rythmes et atmosphères de vie... seront autant d'informations à échanger pour que chaque enfant, quel que soit son milieu d'origine, puisse trouver une cohérence entre famille et milieu d'accueil.

### Dynamisme

Il est impossible de figer une définition de qualité d'accueil une fois pour toutes puisque les objectifs de qualité évoluent avec les publics utilisateurs, les connaissances sur le développement de l'enfant... L'élaboration d'un projet éducatif par exemple, par l'ensemble des intervenants concernés par une structure d'accueil, sera fondée sur les spécificités du public utilisateur, du quartier au sein duquel il se situe, de l'histoire plus ou moins longue de l'équipe des professionnels, des objectifs et priorités du pouvoir organisateur... Il semble évident qu'avec l'évolution d'un ou de l'ensemble de ces éléments, le projet chargé de donner du sens au travail des professionnels de ce milieu d'accueil devra lui aussi s'adapter et être redéfini. On peut imaginer qu'un milieu d'accueil qui décide d'ouvrir ses portes, voire de réserver quelques places à un type de familles précarisées qui n'y ont habituellement pas accès du fait des modalités d'inscription, développe une nouvelle

conception de travail axée sur l'intégration d'un nouveau public, qui signifie une remise en question d'un premier projet éducatif.

### Subjectivité

Cela signifie un accueil fondé sur des valeurs qui sont autant d'objectifs éducatifs à long terme. Quelles valeurs cherchons-nous à transmettre par l'éducation? Autonomie de l'enfant, solidarité avec ses pairs, ouverture à la multiculturalité et aux enfants ayant des besoins spécifiques...

L'importance de définir des valeurs éducatives fondatrices permet de développer une conception démocratique et à multiples facettes de l'accueil de jeunes enfants, laquelle se situe au-delà des intérêts exclusifs d'un ou d'une partie des groupes d'intervenants, par exemple: un pouvoir organisateur, les professionnels ou des parents...

L'approche de qualité globale telle qu'abordée ici renvoie à un paradigme<sup>(2)</sup> pour une définition de la qualité basée sur la participation d'une large série d'intervenants, avec reconnaissance des valeurs, croyances et intérêts comme axe d'entrée en matière.

Cette option laisse entrevoir de nouvelles perspectives dans la recherche de la qualité telles:

- la mobilisation des professionnels autour d'objectifs éducatifs adaptés et à redéfinir en temps utile;
- l'implication des parents, puisqu'une des caractéristiques de l'accueil en Communauté française, à part quelques exceptions, est leur absence dans la prise de décisions concernant l'organisation des services.

Au cours de la recherche, nous avons tenté d'imaginer la participation des parents à différents niveaux de l'organisation de l'accueil de manière à ce que les pratiques professionnelles puissent s'envisager dans les termes d'un réel partenariat éducatif.

Du point de vue méthodologique, une approche de qualité globale permet d'envisager le processus de promotion de la qualité, non pas comme l'application d'un ensemble de critères au sens strict, mais bien comme un cadre de références à l'intérieur duquel les acteurs locaux disposent d'un pouvoir d'initiative reconnu.

S'il s'agit ici d'une démarche plus complexe, elle a cependant le mérite de prendre en considération les attentes,

motivations et objectifs des différents intervenants concernés et de nuancer les réponses à apporter face à l'élargissement prévu des missions de l'ONE (0/12 ans?) et à l'émergence de nouveaux besoins (accueil d'urgence, flexible...).

Le développement de synergies, à l'instigation du futur Conseil pédagogique, entre différents acteurs aux statuts et fonctions différentes aussi bien à l'ONE (délégués, milieu d'accueil, conseillers pédiatres...), qu'à l'extérieur de l'ONE (professionnels et utilisateurs des services d'accueil), s'intègre logiquement dans cette optique.

La mise en pratique d'une telle proposition permettrait d'élaborer progressivement une conception globale et concertée de la qualité qui, au niveau communautaire, pourrait se traduire en lignes directrices de type "guidelines" et au niveau local en un soutien à l'élaboration de projets éducatifs adaptés.

### Des propositions

Les implications d'une approche de qualité globale pour l'amélioration de l'accueil selon un point de vue subjectif qui fait référence à des valeurs, pourraient être envisagées aux différents niveaux de la Communauté française :

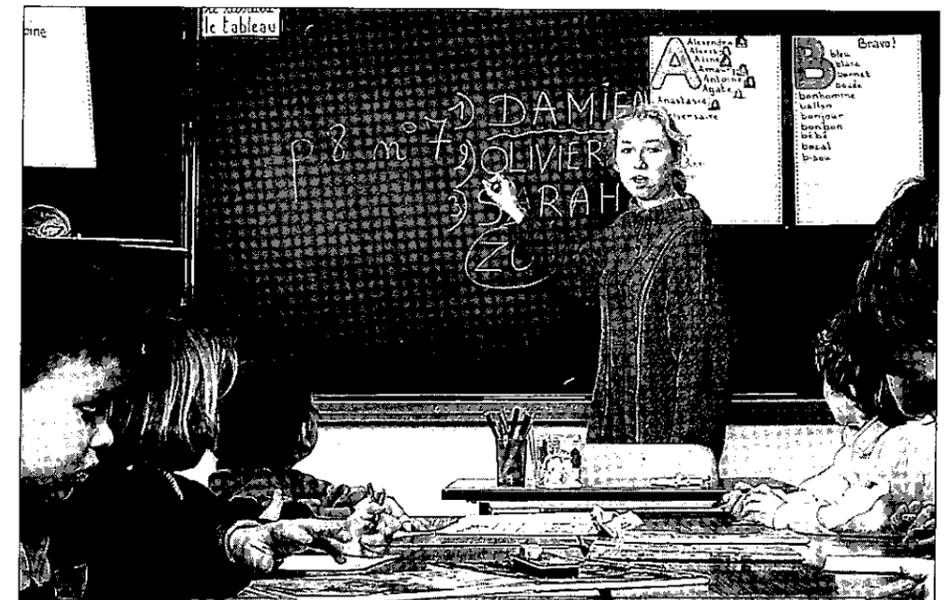
- **au niveau central**, soit les compétences de l'ONE en matière d'accueil en Communauté française : proposition d'élaborer des "guidelines" de manière à rechercher un équilibre entre des valeurs éducatives fondatrices telles l'accessibilité ou l'égalité des chances et les réalités auxquelles sont confrontés les professionnels: qualité des infrastructures, niveaux de formation, possibilités d'éducation continuée, modalités de financement...; ceci à partir d'une concertation entre intervenants pluralistes (statut, fonction, discipline) concernés par l'accueil: administration centrale ONE, conseillers pédiatres, associations de parents, universités..., en lien avec le Conseil scientifique et à l'instigation du Conseil pédagogique;
- **au niveau sub-régional**, soit le soutien et la régulation de la qualité dans tous les services sous le contrôle de chaque comité sub-régional de l'ONE :

<sup>2</sup> MOSS P. & PENCE A., 1994, *Valuing Quality in Early Childhood Services. New approaches to defining quality.* London, P.Chapman Publishing.

## Favoriser le transfert entre acteurs des écoles en santé

### Un manuel d'autoformation

L'objet de cet article est de présenter, de manière succincte, la venue dans le secteur de la promotion de la santé d'un nouvel outil méthodologique. En l'occurrence un manuel d'autoformation à l'intention des personnes qui aident un établissement scolaire à développer un projet d'école en santé. La conception de ce manuel est le résultat de l'expérience acquise dans la généralisation progressive du programme «Je mange bien à l'école» du SPEOL (Secrétariat permanent de l'enfant des organisations liégeoises).



Question Santé - DUPREZ

### La place des conseillers

Sur les dix années écoulées de promotion et d'éducation à la santé, que nous célébrons le 24 octobre 1998, de nombreux projets abordant la santé à l'école ont vu le jour. Parmi ceux-ci, le programme «Je mange bien à l'école» a sans aucun doute joué un rôle de pionnier. Ce programme a cherché à promouvoir depuis le départ l'amélioration de l'environnement nutritionnel des écoles. Il a favorisé le développement, dans et par les communautés scolaires, de projets adaptés à leur situation spécifique.

L'approche préconisée est globale. Elle intègre l'éducation nutritionnelle dans un projet plus vaste de promotion de la santé. Elle agit sur les déterminants diététiques, éducatifs, psychosociaux, matériels ou organisationnels des comportements alimentaires. L'application de ce programme par une école nécessitait l'adhésion à une série d'éléments novateurs:

- l'analyse de la situation de départ;
- la production de résultats tangibles au terme du projet;
- l'implication et la participation des élèves (pédagogie active);
- l'implication de la communauté scolaire (parents, personnel administratif et technique,...) et de la communauté locale (commerçants, producteurs,...);

- le recours à des références pluridisciplinaires.

Dans le cadre du programme «Je mange bien à l'école», les communautés scolaires disposaient de ressources pour les accompagner à long terme dans leur projet: outils d'évaluation et de régulation, soutien méthodologique par des conseillers spécialement formés.

L'APES-ULg a été associée, dès 1991, à l'évaluation du programme. Une évaluation à moyen terme a cherché à connaître l'impact de ce programme dans les écoles. Les résultats ont montré la capacité du programme à stimuler un intérêt et un engagement des communautés éducatives pour les diverses dimensions de l'environnement nutritionnel de leur école.

Nous avons pu mettre en évidence le maintien de cette dynamique à moyen terme ainsi qu'un certain effet de démultiplication des actions en faveur de l'environnement nutritionnel. Chaque école poursuivait ses actions, les adaptait ou les étoffait en fonction de ses possibilités ou des événements qui survenaient. Des améliorations non planifiées se produisaient soit à l'intérieur des champs d'action concernés au départ, soit dans d'autres champs d'action.

Les évaluations ont également mis en évidence l'importance jouée par le conseiller dans la mise en route d'un tel programme d'action dans une école. Toutefois assurer cette fonction implique souvent une innovation par rapport aux pratiques professionnelles habituelles. Travailler dans le cadre d'une approche complexe telle que l'amélioration de l'environnement nutritionnel nécessite la maîtrise d'éléments nouveaux liés à la diététique, à la gestion de projets, à la gestion des ressources humaines, voire à l'analyse institutionnelle.

Nous voudrions illustrer la manière dont a été conçu, dans le cadre de ce programme, le transfert progressif de cette compétence de conseiller depuis le groupe de spécialistes en éducation pour la santé associés à une équipe universitaire jusqu'aux acteurs de la promotion de la santé en milieu scolaire de l'ensemble de la Communauté française. Jusqu'à présent, cette fonction de conseiller a été le plus souvent assurée par des infirmières IMS et PMS. Cependant cette fonction pourrait tout aussi bien être remplie par un enseignant détaché, un coordonnateur de niveau, un assistant social,...

Au terme de la phase pilote, l'équipe universitaire a pu analyser les caractéristiques

de cette fonction en regard du besoin des écoles et réaliser une description des types de soutien apportés par ces conseillers au développement du projet dans les 39 écoles pilotes de la région liégeoise.

Cette première analyse a fourni la base à l'établissement d'un programme de formation pour des agents de santé scolaire qui souhaitent aider des écoles à implanter de tels programmes. Des groupes locaux de formation-supervision ont été animés par les premiers conseillers du programme. C'est ainsi que les caractéristiques et difficultés de cette fonction de conseiller ont été affinées en regard des besoins des conseillères elles-mêmes, confrontées au jour le jour au défi d'implanter un programme de promotion de la santé dans des écoles.

Le SPEOL a alors souhaité s'engager dans une évaluation de cette première phase de diffusion. L'objectif était d'une part de vérifier l'impact du dispositif outils / formation-supervision sur l'augmentation des compétences des conseillères. Cette enquête<sup>(1)</sup> a montré que bon nombre des conseillères connaissaient le même genre d'évolution avec leur projet, qu'elles rencontraient des obstacles similaires et mettaient en place des solutions fort semblables. Cette étude a confirmé l'existence d'une série de compétences professionnelles spécifiques aux missions des conseillères. Certaines de celles-ci, mais pas toutes, avaient pu être développées grâce au processus de formation-supervision.

Cependant, il était trop difficile, d'un point de vue financier et organisationnel, d'envisager une généralisation du programme sur la base de telles formations-supervisions, ni même de continuer à approfondir la réflexion avec les groupes de conseillères en place. Il faut en outre remarquer que peu des compétences concernées relèvent spécifiquement de l'environnement nutritionnel, la plupart concernent de manière générale l'implantation de programmes de promotion de la santé en milieu scolaire.

Le défi posé à l'équipe universitaire chargée de la diffusion était de trouver un support largement diffusable qui reproduise, autant que faire se peut, la dynamique créée dans les groupes de formation-supervision, qui avait permis aux participants des groupes locaux d'ac-

croître leurs compétences, d'acquiescer une démarche d'analyse critique dans le processus d'implantation de programmes de promotion de la santé en milieu scolaire. Il s'agissait d'aider les personnes investies dans un projet d'école en santé à pouvoir analyser les différents cas de figure pouvant se présenter, de la mise en place du projet jusqu'à son évaluation.



### La conception du manuel d'autoformation

C'est ainsi que l'APES-ULg en est arrivé à concevoir un manuel d'exercices de mise en situation afin de permettre aux personnes impliquées d'évaluer leurs capacités à analyser les contraintes et éléments facilitateurs au développement de ce type de programme.

L'ensemble des compétences répertoriées au cours de l'enquête a été réparti en cinq grands groupes (contacts et observations préliminaires, mise en route du programme, préparation de l'action, régulation de l'action, rôle de la conseillère). Au sein de chacun d'entre eux, des compétences ont été rassemblées sous la forme d'objectifs. L'idée était ainsi de structurer l'ensemble des missions des conseillères. Cette liste n'est certainement pas exhaustive, mais elle reprend les compétences qui posent le plus souvent problème.

Car toute l'originalité de ce manuel d'autoformation repose dans la mise en situation concrète du lecteur. A l'aide de cas fictifs, grossis volontairement pour faire ressortir les points importants, l'utilisateur est conduit au fil des exercices à se poser des questions et à faire le transfert

à sa propre pratique professionnelle. Ainsi, selon que le lecteur privilégie un ou plusieurs groupes de compétences, il sera amené à confronter sa pratique à plus ou moins d'objectifs qu'il pourrait rencontrer.

Ce manuel, une fois réalisé et avant d'être imprimé, a fait l'objet d'une évaluation auprès de 23 experts francophones nationaux et internationaux impliqués dans la gestion de programmes de promotion de la santé à l'école ou dans la formation d'agents de santé scolaire. Il en est ressorti qu'au-delà de l'investissement en temps que cela nécessite, ce type de manuel représente un véritable outil de formation continue dans lequel on peut puiser des situations très concrètes pour clarifier sa propre situation. Si certains experts soulignent les avantages autoformatifs de cet ouvrage, tous mettent en évidence l'importance pour l'utilisateur de travailler ces exercices en groupe, avec des collègues. Les exercices ne sont pas autoformatifs en soi, c'est l'exploitation de ceux-ci par les conseillers en fonction de leur propre réalité de travail qui favorisera une amélioration de l'encadrement du projet dans l'école.

L'échange collectif occupe en outre une place irremplaçable dans le renforcement et le maintien de la motivation à assumer un nouveau rôle dans les écoles.

La construction de ce manuel illustre le travail réalisé depuis des années par l'APES, à l'interface entre équipe universitaire et acteurs de terrain. Impliqués dans des groupes de formation aux côtés d'acteurs de santé scolaire, des chercheurs ont essayé de rendre compte de leurs interventions et de leurs pratiques au travers d'un outil d'analyse, dans le but de transférer ces expériences-pilotes vers un plus grand nombre d'acteurs et de favoriser l'autonomie de ceux-ci dans le développement des Ecoles en Santé.

La brochure «Acquiescer une démarche d'analyse en promotion de la santé à l'école» est disponible dès à présent au SPEOL (04) 380 48 19 et dans les Centres locaux de promotion de la santé.

**Xavier Lechien**, Université de Liège, Service de Santé au Travail et Education pour la Santé (STES / APES), **Chantal Vandoorne**, SPEOL ■

<sup>1</sup> POUJAY A., Bilan de la formation des conseillers du programme "Je mange bien à l'école" Résultat de l'enquête de juin 1994. Document interne, APES, Avril 1995.

peut expliquer la différence d'incidence observée entre ces deux modes de garde.

Les résultats obtenus crèche par crèche mettent en évidence l'existence de crèches à risque élevé d'infections et de crèches à faible risque; dans ces dernières, l'incidence des épisodes infectieux tombe à 3.4 épisodes annuels par enfant, ce qui n'est plus statistiquement différent de la situation observée chez les gardiennes.

Le risque infectieux ne serait donc pas directement lié à un mode de garde précis, mais plutôt à des particularités inhérentes aux milieux d'accueil.

Les données de notre étude ne permettent pas de mettre en cause la taille de la crèche (calculée sur base de sa capacité) dans la variation d'incidence des épisodes infectieux; cette variation observée entre crèches s'expliquerait plutôt par des différences dans le mode d'organisation des crèches.

### Conclusions

Au terme de cette étude, deux constats principaux s'imposent.

Les résultats de notre étude ne permettent pas d'affirmer que les enfants fréquentant une crèche sont plus souvent malades que ceux accueillis par une gardienne encadrée. Aucune différence radicale d'incidence n'a en effet pu être mise en évidence entre ces deux modes de garde.

## L'accueil des jeunes enfants en Communauté française

La promotion de la qualité dans les milieux d'accueil<sup>(1)</sup> pour jeunes enfants présentée ici, se situe dans le cadre d'une recherche interuniversitaire UCL-ULB et ULg réalisée pour l'Office de la Naissance et de l'Enfance, avec le soutien du Fonds Houtman.

Il s'agit d'une étude de 2 ans (1997-1998) visant à définir la fonction d'un Conseil pédagogique que l'ONE souhaite mettre en place afin de promouvoir la qualité des conditions de vie des jeunes enfants en Communauté française.

Les aspects de la recherche développés ci-après concernent plus particulièrement

Cette étude a le mérite d'être la première tentative de mesure de l'incidence des épisodes infectieux dans les milieux d'accueil bruxellois. Bien que nos résultats concordent avec ceux d'autres études internationales, notamment quant à la distribution des symptômes et diagnostics infectieux les plus fréquemment observés, il reste qu'une mesure précise de l'incidence pose des problèmes méthodologiques importants, sans apporter de données concrètes "prêtes à l'emploi" pour les principaux utilisateurs potentiels que sont les responsables des milieux d'accueil.

A notre sens, les efforts doivent désormais converger vers une prise en charge directe plus active du problème infectieux par les milieux d'accueil eux-mêmes.

Dans la plupart des milieux d'accueil ayant participé à la recherche, nous avons pu constater un vif intérêt pour cette problématique ainsi qu'une volonté réelle de mieux gérer celle-ci; il suffit pour s'en convaincre, d'observer les "statistiques intuitives" développées et utilisées depuis bien longtemps par certains responsables de milieux d'accueil.

### Priorités d'action

Ce constat nous a donc conduit à proposer à l'ONE la mise en place d'une méthode dynamique de surveillance de la situation infectieuse au sein d'un réseau de crèches vigies volontaires, basée sur l'engagement direct de celles-ci dans un pro-

cessus d'auto-évaluation, permettant d'intervenir rapidement et efficacement là où en apparaît le besoin.

Ce système constituerait un outil de mesure simple qui, concrètement, permettrait à chaque crèche individuelle de savoir, de manière régulière - par exemple mensuellement - si le nombre d'enfants malades s'écarte de manière importante d'une "norme" attendue, qui serait calculée par rapport aux résultats obtenus par l'ensemble des crèches-vigies, et qui tiendrait compte des variations saisonnières.

Vu leur incidence, les symptômes respiratoires, et plus particulièrement les otites, pourraient être retenus pour la surveillance, de même que le nombre d'enfants sous traitement antibiotique.

Les données disponibles seraient donc directement et rapidement utilisables par le milieu d'accueil et permettraient à celui-ci :

- de connaître sa situation infectieuse et d'estimer l'importance de l'écart éventuel de celle-ci par rapport à la norme;
- de porter une réflexion critique sur ses propres pratiques et attitudes;
- d'identifier les causes probables de l'écart;
- de juger de l'opportunité d'intervenir.

**B. Swennen, AF Dusart, M. Boutsen**, Ecole de Santé Publique - ULB, **M. Winkler**, ONE, **J. Lévy**, Service de Pédiatrie, CHU Saint Pierre ■

une approche de qualité globale qui constitue la contribution de l'ULB.

Cette approche n'engage en rien les décisions relatives à la mise en œuvre d'un Conseil pédagogique par l'ONE.

### Le concept de qualité

L'approche de qualité globale dans les milieux d'accueil peut être comparée au concept "assurance de qualité" du secteur des soins de santé, si ce n'est que, dans le cas du secteur de l'accueil d'enfants, il s'agit d'une approche novatrice.

L'assurance de qualité, telle que la définit l'O.M.S., a en commun avec la nouvelle

approche de qualité d'accueil, la distinction de deux niveaux: d'une part, la qualité au niveau individuel ou de la relation avec le patient (ou le jeune enfant); d'autre part, la qualité au niveau global d'un service de santé (ou d'un système d'accueil).

Cette conception permet d'envisager la qualité comme déterminée par un ensemble de facteurs qui vont de la relation interpersonnelle aux conditions de travail, méthodes, techniques et procédés en vigueur dans un système établi.

<sup>1</sup> Par milieux d'accueil nous entendons les crèches, les maisons communales d'accueil d'enfants ou MCAE, les maisons d'enfants privées, les gardiennes encadrées ou privées, les pouponnières...

riabilité tant qualitative que quantitative. Les milieux d'accueil peuvent assurer des fonctions éducatives, culturelles, sociales et économiques auprès des enfants, des familles et des collectivités dont la combinaison dépend du type de politique menée.<sup>(7)</sup> Une autre étude menée par le Réseau montre que les bases nécessaires pour évaluer les inégalités de couverture, la demande insatisfaite, ou la qualité des services sont autant de questions rarement abordables sur base de données collectées en routine dans les différents pays européens, les pays scandinaves exceptés.

### Deux nouveaux défis

Le premier défi que nous pose aujourd'hui la promotion de la santé en milieu d'accueil de très jeunes enfants consiste tout d'abord à s'interroger sur ce que nous appellerions un enfant en bonne santé.

Un second défi consiste à développer une politique de promotion de la santé qui marque radicalement la distance avec le modèle médical et hygiéniste antérieur. Dans de nombreux pays, dont la Belgique

et la Communauté française, l'approche hygiéniste et le modèle médical ont prévalu pendant très longtemps dans les milieux d'accueil. Actuellement, les professionnels envisagent l'activité sous l'angle des besoins individuels et collectifs. Au niveau individuel, il s'agit d'accueillir des enfants à chaque fois différents et uniques dans des conditions qui leur assurent un développement en bonne santé et rencontrent des critères tels que le fait d'assurer des relations sécurisantes, de développer et révéler leurs compétences dans un environnement social, culturel, relationnel, physique qui leur convienne. D'autres fonctions plus collectives consistent à accueillir et rencontrer les attentes des parents, promouvoir la santé, rencontrer les attentes du personnel, organiser le service en étant ouvert à la communauté.

Il est nécessaire de continuer à réaliser des recherches qui rencontrent au moins ces deux défis. L'emploi des parents est une réalité incontournable, qui modifie le contexte de l'enfance en général et les modes de vie des enfants en particulier. En

Belgique, la proportion d'enfants de moins de 3 ans concernés par l'accueil extra-familial est probablement d'au moins un tiers des enfants.<sup>(8)</sup> Il y a là une réelle responsabilité de la santé publique à améliorer les connaissances sur les implications de ces modifications sur la santé globale des jeunes enfants, mais également sous l'angle des inégalités sociales de santé, que ce soit pour les enfants ou pour les adultes, parents et travailleurs. Nous postulons que ces recherches requièrent d'être envisagées dans le cadre de la promotion de la santé, et orientées vers la notion de milieu d'accueil en santé.

**Perrine Humblet**, Ecole de santé publique - ULB ■

<sup>7</sup> European Commission Network on Childcare and other measures to reconcile employment and family responsibilities (Ed.). A review of services for young children in the European Union. 1990 - 1995. Brussels: European Commission Directorate General V (Employment, Industrial Relations and Social Affairs) Equal Opportunities Unit; 1996.

<sup>8</sup> Cette proportion représente les enfants gardés contre rémunération et n'inclut pas les enfants gardés par leurs grands-parents pendant que leurs parents travaillent.

## Maladies infectieuses en milieu d'accueil

### Aspects épidémiologiques et priorités d'action

#### Objectif de l'étude

En Communauté française, de nombreux enfants fréquentent, dès leur plus jeune âge, un milieu d'accueil agréé par l'ONE.

Il est généralement admis que la fréquentation d'un milieu d'accueil collectif procure à l'enfant un ensemble d'éléments bénéfiques, en lui offrant notamment un lieu de socialisation précoce.

L'enfant y est cependant exposé de façon importante au risque de contracter une infection, en raison des nombreux contacts potentiellement infectants auxquels il est confronté.

Le but de cette étude était de mesurer, en région bruxelloise, l'incidence des épisodes infectieux survenant aux enfants en milieu d'accueil, ainsi que sa variabilité en fonction du mode de garde envisagé.

#### Méthodologie

11 crèches subventionnées par l'ONE et 19 gardiennes encadrées par l'ONE ont été sélectionnées sur base volontaire pour participer à l'étude, d'avril 96 à avril 97.

Chaque enfant fréquentant ces milieux d'accueil ou y entrant en cours d'étude est inclus dans l'échantillon jusqu'au moment où il quitte définitivement le milieu d'accueil. Au total, 852 enfants seront enrôlés dans l'étude.

Différents paramètres ayant trait à l'organisation interne, aux pratiques d'hygiène ainsi qu'aux attitudes et pratiques relatives aux enfants malades ont été relevés dans chaque milieu d'accueil.

Pour chaque enfant de l'échantillon, des données personnelles ont été récoltées via les dossiers médicaux et sociaux disponibles.

Un système d'enregistrement spécifique, géré par les milieux d'accueil eux-mêmes, a été mis en place pour notifier chaque

épisode infectieux survenant à ces enfants, et pour récolter chaque diagnostic médical disponible.

L'incidence de ces épisodes a été calculée par rapport au nombre de jours de présence effective de chaque enfant, et extrapolée à un nombre annuel d'épisodes infectieux par enfant.

#### Résultats

La distribution des symptômes et diagnostics infectieux observée à Bruxelles concorde avec les résultats d'autres études internationales, puisque nous retrouvons le plus fréquemment des IVRS (23.3%), des otites moyennes (21.7%) ainsi que des bronchites (15.0%).

L'incidence totale observée est de 5.5 épisodes annuels par enfant en moyenne dans les crèches et de 2.5 épisodes annuels par enfant en moyenne chez les gardiennes encadrées.

La population d'enfants étant comparable entre crèches et gardiennes, aucune des caractéristiques propres aux enfants ne

## L'éducation nutritionnelle à l'école

### Un Guide de planification et d'évaluation

L'importance de l'éducation nutritionnelle à l'école n'est plus à démontrer. Elle est aujourd'hui reconnue dans tous les pays de l'Union européenne. De nombreux projets innovateurs ont d'ailleurs été réalisés en ce domaine, et ce à travers l'ensemble des pays européens.

Lors du Colloque européen sur l'éducation nutritionnelle dans le cadre d'une école promotrice de la santé, qui s'est tenu à Spa en septembre 1994, l'évaluation de telles initiatives a été présentée comme un défi majeur pour les responsables de la promotion de la santé à l'école. L'évaluation de l'éducation nutritionnelle devint une des priorités européennes: elle figurera parmi les sept recommandations de la deuxième Conférence européenne sur l'éducation pour la santé de Dublin (9-12/11/94).

C'est pourquoi la Direction santé-sécurité de la Commission européenne d'une part, et la Direction générale de la santé de la Communauté française d'autre part, ont décidé de financer la réalisation d'un Guide d'évaluation de l'éducation nutritionnelle à l'école.

Rapidement, et au fur et à mesure du pré-test du guide dans les écoles, il est apparu que la réflexion sur l'évaluation était indissociable d'une réflexion sur la planification.

C'est donc un Guide de planification et d'évaluation qui est aujourd'hui disponible. Il est le fruit d'une collaboration entre des institutions de recherche et de formation de sept pays de l'Union européenne. La coordination est assurée par le Centre d'enseignement et de recherche en éducation pour la santé (CERES) de l'Université de Liège. Les partenaires sont l'Ecole de santé publique de Lisbonne, l'Université de Flensburg (Allemagne), l'Université de Leeds (Royaume-Uni), le Comité français d'éducation pour la santé (CFES - Paris), le Centre de nutrition communautaire de Bilbao (Espagne) et le Centre d'éducation nutritionnelle de La Haye (Pays-Bas).

### Un guide pour qui?

Ce guide est destiné à ceux qui, au sein d'une école ou en collaboration avec elle, ont la responsabilité de mettre en oeuvre des activités d'éducation nutritionnelle en faveur des élèves. Il devrait aider la communauté éducative, c'est-à-dire la direction de l'école et les enseignants, mais

aussi le personnel non-enseignant, les parents, les élèves et les partenaires extérieurs à l'école, à concevoir, à formuler, à réaliser et à évaluer avec succès des projets et des activités dans le domaine de la nutrition.

### Un guide comment?

Le Guide fait constamment référence au cycle du projet. Cette méthode est aujourd'hui bien connue des responsables de programmes et de projets socio-éducatifs.

Un projet éducatif a plus de chances d'être efficace s'il est bien préparé, s'il est suivi avec attention et si l'évaluation des résultats donne des informations intéressantes pour une amélioration des activités: telle est la logique du cycle du projet.

Conformément à cette logique du cycle du projet, le Guide comprend quatre parties:

- le diagnostic nutritionnel permettra à l'utilisateur de faire une analyse complète de la situation d'un point de vue nutritionnel: des aliments consommés et distribués à l'école, à l'état des connaissances et des pratiques alimentaires des élèves, en passant par un état des lieux des différentes activités déjà réalisées en classe.



Question Santé - MUYLLE

## De l'estimation des risques à la promotion de la santé

### Des interrogations classiques

Les changements observés depuis plus de 20 ans dans le marché du travail des pays de l'Union européenne aboutissent actuellement à des niveaux élevés d'occupation professionnelle chez les jeunes parents et de garde non parentale chez les jeunes enfants. Lors d'une analyse critique des recherches menées dans différents domaines scientifiques et portant sur les milieux d'accueil de jeunes enfants, nous avons, Peter Moss et moi-même,<sup>(1)</sup> examiné les implications que ces changements devraient avoir sur les politiques d'accueil menées dans les pays de l'Union européenne.<sup>(2)</sup>

Jusqu'à présent, les principales disciplines qui ont étudié les milieux d'accueil sont l'épidémiologie des maladies infectieuses et la psychologie du développement de l'enfant. Fondée sur une représentation sociale négative de l'activité professionnelle des jeunes mères, la question de la garde non parentale a été envisagée en adoptant une approche classique par les risques.

Les études épidémiologiques sont surtout focalisées sur les effets directs sur les enfants, décrivent un risque infectieux accru et soulignent depuis peu le rôle des pratiques en milieu de garde dans l'émergence de résistances aux antibiotiques.<sup>(3)</sup> Elles montrent que ces risques sont associés aux caractéristiques du service, telles que la formation du personnel ou la taille des groupes d'enfants. Quelques-unes décrivent des effets directs sur la santé et le bien-être du personnel qui y est occupé, mais également pour les mères qui sont confrontées à des milieux d'accueil non fiables ou inaccessibles.

Au niveau des effets indirects sur la santé, on sait que le chômage et le faible support social sont souvent associés à des indicateurs défavorables de santé. C'est pourquoi le fait que la disponibilité de milieux d'accueil aide les mères actives à se maintenir sur le marché de l'emploi et les mères isolées à sortir des systèmes d'assistance<sup>(4)</sup> induit l'hypothèse que les poli-



Question Santé - TANGHE

tiques organisant une offre d'accueil de qualité sont susceptibles de jouer un rôle positif sur la santé des jeunes parents et de leurs enfants et sur les inégalités sociales de santé. Aucune étude ne s'est cependant attachée à répondre à ce type de question.

La psychologie du développement est également partie de l'hypothèse que les enfants en milieu d'accueil étaient soumis à un risque spécifique. De très nombreuses études ont cherché à la vérifier, mais elles ont abouti à considérer que la fréquentation d'un milieu d'accueil ne génère pas par elle-même d'effet négatif sur le développement du jeune enfant.<sup>(5,6)</sup> Par contre, et uniquement lorsque le milieu d'accueil est d'un niveau de qualité évalué très défavorablement, le cumul d'une entrée précoce en milieu d'accueil et de caractéristiques défavorables de la vie familiale est associé à des effets négatifs sur le développement et le comportement de l'enfant. Dans ces études, l'évaluation de la qualité comprend différentes dimensions à la fois formelles et de fonctionnement du service, mais la plupart insistent sur le personnel et sa formation.

Les études précitées ont été principalement menées aux Etats-Unis, ce qui pose la question de la validité de certains résultats dans d'autres contextes. D'autant plus

que la diversité observée lors des travaux du Réseau européen souligne que l'enfance se déroule différemment dans différents contextes et que cela constitue une richesse à préserver. Or la tâche de vérifier la question de la validité externe des études américaines est compliquée par le fait que, comme l'a montré le Réseau européen, les politiques menées dans les pays de l'UE varient de manière très importante, et déterminent une grande va-

• La **phase de préparation des activités** permettra, sur base du diagnostic, de définir les priorités, de choisir les objectifs et de planifier les activités du projet.

• La **phase de réalisation** permettra d'assurer le suivi des activités: les activités en cours correspondent-elles à ce qui a été planifié? Quels sont les facteurs limitant ou facilitant le déroulement des activités? Etc.

• La **phase d'évaluation** durant laquelle les résultats seront évalués à trois niveaux différents: au niveau de l'école, au niveau des élèves et au niveau de la famille et/ou de la communauté.

Au terme de la phase d'évaluation d'un projet d'éducation nutritionnelle, les initiateurs décident de se lancer vers de nouvelles activités. Les résultats de l'évaluation les conduiront probablement à réviser le diagnostic et à reformuler de nouvelles priorités et de nouveaux objectifs. Ainsi se reproduit le cycle des projets en éducation nutritionnelle.

### Le test du guide dans les écoles

Le guide a été testé dans sept écoles de la Communauté française. Un premier test a eu lieu dans deux écoles de la Communauté française durant l'année scolaire 96-97. Ce premier test s'inscrivait dans le cadre plus vaste du projet européen; six écoles de trois autres Etats membres testaient l'outil durant la même période. Ce test a permis de modifier la première version du guide. Les conclusions du testing ont permis d'alléger l'outil en réduisant certaines parties jugées trop lourdes ou répétitives. Les recommandations résultant du premier test ont par ailleurs conduit les auteurs à produire un aide-mémoire pour accompagner le guide. L'aide-mémoire permet une utilisation à la carte du guide. Un troisième élément est venu compléter l'ensemble: un poster reprenant les thèmes à étudier et à intégrer dans les activités (curriculum en spirale). Les outils sont disponibles dans quatre langues: en français, en anglais, en portugais, en allemand.

Durant l'année scolaire 97-98, ces outils ont été testés, en version française, dans cinq écoles de la Communauté française. Ces écoles ont été choisies en fonction de critères géographiques et socio-économiques (environnement urbain et rural -

milieu socio-économique favorisé et défavorisé). Leur expérience en matière d'éducation nutritionnelle est inégale. Pour certaines, l'éducation nutritionnelle est familière tandis que pour d'autres, c'est une expérience nouvelle que le test du guide a provoquée.

En ce qui concerne le thème des activités, toutes les écoles ont choisi de développer un projet autour du petit-déjeuner, priorité qui s'est chaque fois dégagée de l'analyse de la situation et à partir de laquelle des objectifs ont été définis. Les activités proprement dites sont originales. Le nombre d'enfants impliqués dans le projet varie d'une école à l'autre: deux classes, plusieurs niveaux ou l'école entière. C'est souvent une équipe éducative déjà en place qui démarre le projet (par exemple, les enseignants du cycle 5-8). Un partenariat préalablement installé s'est avéré être un facteur déterminant dans la dynamique du projet.

### Les résultats du test

Quelles que soient les activités qui se sont déroulées dans chaque école, les conclusions développées par les utilisateurs du guide sont intéressantes à plus d'un titre.

Les utilisateurs sont unanimes pour dire que l'outil proposé s'avère indispensable pour qui veut mettre en place un projet d'éducation nutritionnelle à l'école. C'est l'intérêt méthodologique de l'outil qui est apprécié: le guide offre une démarche pédagogique et méthodologique indispensable à la planification d'un projet et à son évaluation.

La structuration du guide en dix étapes reprenant les quatre phases du cycle du projet a été appréciée. Ce pas à pas permet à l'utilisateur de se rendre compte de l'importance de chacune des étapes dans l'élaboration et la réalisation d'un projet. L'aide-mémoire, de l'avis des utilisateurs, est d'un grand intérêt parce qu'il permet d'aller à l'essentiel, ce qui procure une certaine autonomie pour l'utilisateur.

Dans le cadre du test, le guide a été lu et utilisé par une vingtaine de personnes (enseignants, assistants sociaux, éducateurs). Si la plupart ont apprécié l'aspect méthodologique de l'outil, toutes ont émis le souhait de disposer de ressources dans le domaine de l'éducation nutritionnelle: ressources en documents, ressources en personnes. La motivation des personnes à développer un projet en éducation nutri-

tionnelle risque de s'essouffler face au manque de ressources disponibles. Où trouver des informations concernant telle question? Qui pourrait me renseigner, m'aider à aborder tel sujet? Comment faire pour trouver des supports attractifs? Pour trouver réponse à toutes ces questions, les utilisateurs du guide suggèrent que soient mis à leur disposition des outils supplémentaires.

Une autre proposition a été formulée par les utilisateurs. Ceux-ci ont suggéré d'organiser et de proposer dans le cadre de la formation continue des enseignants une formation dans le domaine de l'éducation nutritionnelle. Cette formation aurait pour objectif de sensibiliser et de familiariser les équipes éducatives à la planification et à l'évaluation de projets dans le domaine de l'éducation nutritionnelle.

Les expériences menées dans le cadre du test ont par ailleurs démontré la nécessité d'un partenariat actif dans l'élaboration et la mise en oeuvre du projet. Le partenariat, qu'il soit interne ou externe à l'école, semble être un facteur essentiel dans la réussite du projet. Dans ce sens, certaines personnes ont émis le souhait de voir l'éducation nutritionnelle intégrer le projet d'école, ce thème ne constituant qu'une facette du projet d'école. Cela permettrait aux activités d'éducation nutritionnelle de s'inscrire dans le long terme, ce qui fait souvent défaut.

### Conclusion

Les résultats du test ouvrent d'autres perspectives d'actions et de projets dans le domaine de l'éducation nutritionnelle. Les expériences vécues par ces écoles démontrent bien la nécessité d'aller plus loin et de poursuivre nos efforts dans la création d'outils, dans le développement de stratégies et de méthodes ainsi que dans l'élaboration de curriculums de formation. L'éducation nutritionnelle devrait se vivre au jour le jour, dans chacune de nos écoles. Pour atteindre cet horizon, nous devons, nous chercheurs, poursuivre nos efforts en offrant aux acteurs de terrain ce dont ils ont besoin. Le guide de planification et d'évaluation de l'éducation nutritionnelle n'est qu'un outil parmi d'autres... à venir.

Véronique Halbardier et Michel Marée, CERES - ULg ■

Pour aborder le problème du suivi et des échéances de divers actes préventifs, nous avons imaginé 3 situations où les patients reçoivent une lettre de rappel.

Le **tableau 3** donne les pourcentages de réponse à ces propositions.

On constate qu'un pourcentage important de patients sont très favorables à ce type de pratique. Ces propositions sont considérées comme normales pour plus de 80% des patients quel que soit le thème de la lettre.

Quant au suivi des recommandations, il diffère selon le thème : plus de 90% pour la vaccination des enfants; 68% en ce qui concerne la vaccination contre la grippe.

Comment les patients jugent-ils les actions des soignants ?

Au sein des maisons médicales, les équipes soignantes font-elles trop ou trop peu pour la prévention ?

Plus de la moitié des patients pensent que les soignants font trop peu pour la prévention. Ces patients pensent que c'est avant tout sous la forme de conseils, de propositions, de rappels que devraient se développer les activités préventives (30% des réponses).

## Discussions et perspectives

### Connaissances

Les patients qui consultent ont des connaissances très satisfaisantes des attitudes, comportements ou actions préventives qui peuvent avoir un impact sur la santé. Malheureusement certains thèmes classiques semblent peu ou mal connus; ainsi, près d'une femme sur trois pense que l'on ne peut rien faire pour "prévenir" le cancer du sein.

Il existe aussi certaines contradictions entre les connaissances et "la pratique" (obésité, alimentation, vaccination). Des efforts importants sont donc à faire pour améliorer les connaissances préventives en ce qui concerne certains problèmes de santé.

### Attentes

" Crainte du refus de la patientèle, propositions mal perçues par les patients, motif de la consultation ne permet pas d'aborder tel ou tel problème..."; ces arguments avancés par bon nombre de soignants dans une enquête précédente ne semblent pas se confirmer. Au contraire, les patients atten-

**Tableau 3** - Perception des activités de prévention par les patients des maisons médicales. - Réaction des patients face la réception de différents types de " lettres de rappel " (en pourcent)

	Lettre " vaccination des enfants "	Lettre " cancer du sein "	Lettre " vaccination contre la grippe "
La proposition est	N=945	N=893	N=939
OUI normale	94	84.7	84.3
NON pas normale	3	9.2	9.6
Ne sait pas	3.1	6.2	6.1
Suivi des recommandations	N=944	N=883	N=934
OUI	93.3	79.3	68.2
NON	1.9	8	16.8
Ne sait pas	4.8	12.7	15

dent et sont prêts à recevoir des propositions d'examen, des conseils, des lettres de rappel, des convocations, et même sont prêts à suivre les recommandations faites.

L'unanimité n'est évidemment pas présente mais une majorité confortable se dégage.

Le motif de la consultation, souvent mis en avant par les praticiens comme obstacle à une pratique plus systématique de la prévention, devrait être "revu" à la lumière des chiffres qui viennent d'être présentés.

Levêque A., de Roubaix J., Laperche J., Morel J., Berghmans L., Piette D. ■

### Bibliographie

- Berghmans L, Leveque A, Lagasse R, Piette D, Bury JA, Deville L, Beriot I, Mahoux C. Promosanté 2000. Offre et besoins en promotion de la santé en Communauté française de Belgique. ESP/ULB 1990;1-1350.
- Declercq E, Deliege D, Lorant V. Tableau de bord en promotion de la santé. SESA/UCL 1997;2-179.
- Rosso S, Battista RN, Segnan N, Williams JI, Suissa S, Ponti A. Determinants of preventive practices of general practitioners in Torino, Italy. Am J Prev Med. 1992;8:339-44.
- Paré F, Cormier JL, Herson D, Garnier F, Lecomte-Bourgeois MA, Freund RJ. Stratégie de prévention en médecine générale (audit et perspectives). Santé Publique. 1996;3:201-14.
- van Eijk JT. The role of Dutch general practitioners in clinical health promotion. Patient Educ Couns. 1995;25:269-76.

6. Piette D. Les chemins de l'éducation pour la santé : mettre à profit la consultation de médecine générale. 1985; Les Cahiers du GERM. 186:1-48.

7. Grady KE. The importance of physician encouragement in breast cancer screening of older women. Preventive Medicine. 1992;21:766-80.

8. Berghmans L, Boutsens M, Swennen B, Wanlin M. La prévention en médecine générale. ESP/ULB 1990;1:1-54.

9. Berghmans L, Leveque A, Piette D. Médecins généralistes, prévention et éducation pour la santé. 1993; Santé Pluriel. 12:1-25.

10. Peeters R, Grivegnée A, Vandebroucke A. Livre Blanc de la lutte contre le cancer. La prévention secondaire. In: Lorge M, ed. Livre Blanc de la lutte contre le cancer en Belgique. Bilan et perspectives. Bruxelles: Association contre le Cancer, 1994:3-64.

11. Swennen B. Le programme de vaccination en Communauté française de Belgique: enquête de couvertures vaccinales 1989, 1991, 1993. 1994; Santé Pluriel. 15:1-20.

12. Avis M, Bond M, Arthur A. Questioning patient satisfaction: an empirical investigation in two outpatient clinics. Soc Sci Med. 1997;44:85-92.

13. Levêque A, Laperche J, Morel J, Piette D, Berghmans L. Education pour la prévention. Promotion de la prévention dans les soins de santé de premier échelon en Communauté française de Belgique. ESP/ULB 1989;1-74.

# Santé sexuelle et affective des élèves de l'enseignement spécial

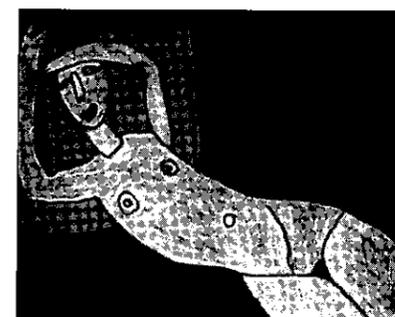
## Problématique et interventions éducatives

La santé sexuelle et affective constitue une dimension essentielle de la santé globale. L'Organisation mondiale de la santé définit la santé sexuelle comme l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, de façon à parvenir à un enrichissement et à un épanouissement de la personnalité humaine, de la communication et de l'amour.

Cette définition permet d'envisager la sexualité selon ses différentes composantes, sans la limiter à l'aspect strictement génital. Elle concerne toute personne humaine: une personne en bonne santé autant qu'une personne atteinte de déficience physique ou mentale. Les élèves fréquentant l'école spéciale sont des personnes ayant des limites particulières, d'ordre cognitif, somatique, affectif ou social. Ces différentes limites sont susceptibles de constituer des freins à leur épanouissement affectif et sexuel. Une analyse particulière doit donc être effectuée, en tenant compte des limites, des vulnérabilités et des compétences de chacun.

Cependant, une autre dimension essentielle est présente: il s'agit d'examiner le rôle de l'entourage familial et éducatif des élèves. De nombreux travaux ont montré l'importance des représentations que se font les parents et les professionnels à propos de la sexualité et du handicap. Le handicap en lui-même fait peur, inquiète, réveille des angoisses tant dans la famille que parmi le public et les professionnels. De ce fait, il reste un domaine tabou: si de nombreuses recherches sont effectuées à propos de l'intégration des personnes handicapées, il reste que dans les faits, la mise à l'écart, la prise de distance demeurent les attitudes les plus courantes. Par ailleurs, la sexualité continue à constituer dans notre société un tabou, en ce qui concerne la vie quotidienne de chacun. Même si des scènes érotiques s'étalent sur les panneaux publicitaires, il reste difficile de parler de sexualité lorsqu'on est personnellement concerné.

L'éducation sexuelle reste très discrète et a peu pénétré le milieu scolaire dans notre



pays et de nombreux jeunes ressentent également le manque d'information et d'éducation familiale à cet égard. Quant aux représentations de la sexualité des personnes handicapées, elles oscillent entre deux extrêmes, celles de l'ange et celles de la bête, selon les mots de Giami. Certains s'imaginent que le handicap maintient la personne dans un état d'éternel enfant, asexué. Dans ce cas, nul besoin d'entamer une démarche éducative. Pour d'autres, la sexualité des personnes handicapées est perçue comme une menace, comme bestiale, non-humaine, susceptible de débordements violents. Dans cette ligne, les attitudes à promouvoir seraient de l'ordre de la répression, de la contrainte.

Nos expériences de recherche, d'intervention et de formation montrent au contraire que la sexualité des personnes handicapées fonctionne selon les mêmes modalités que chez les autres. Elle est modelée par l'expérience affective précoce dans le milieu familial, elle évolue avec l'individu et ne peut être dissociée de la personne globale. Mais la présence des limites inhérentes au handicap impose de mettre l'accent sur des modalités éducatives particulières. Or, en pratique, alors que les besoins éducatifs sont plus pressants, on constate que très souvent, toute éducation sexuelle est esquivée, dans un climat général de négation.

Dès lors, quelles interventions prôner? Nos expériences nous montrent qu'il est primordial de toucher tous les acteurs en présence. Les parents, d'abord, premiers responsables éducatifs, mais qui, lorsqu'on leur en donne l'occasion, expriment le désarroi, la souffrance, le doute amenés par le problème global de l'enfant.

A côté de l'ampleur des problèmes auxquels les parents doivent faire face, la sexualité apparaît comme un point mineur qu'il sera toujours temps d'aborder plus tard. Les formations et les démarches d'accompagnement des parents sont donc primordiales afin de soutenir ceux-ci dans leurs tâches éducatives et notamment dans le domaine de la sexualité. Les enseignants sont eux aussi très peu préparés et outillés pour mener des actions d'éducation affective et sexuelle. Il est fondamental qu'ils puissent bénéficier de formations leur permettant d'abord de prendre conscience de leurs propres représentations, de leurs résistances, de leurs inquiétudes avant de commencer à élaborer une démarche éducative adaptée. Enfin, les élèves devraient pouvoir disposer de programmes éducatifs, accompagnés d'espaces de parole et d'écoute. En effet, ils constituent une population très vulnérable, parmi laquelle on trouve une proportion très élevée de grossesses précoces et d'abus sexuels.

Dans ce domaine, le centre Handicap et Santé est subsidié par la Communauté française de Belgique pour développer et accompagner des démarches de promotion de la santé dans le domaine de la vie sexuelle et affective des personnes handicapées. Professionnels, parents, personnes handicapées peuvent prendre contact dans un but de formation, d'information ou de recherche.

Jacqueline Delville, FUNDR, Handicap et Santé ■

### Bibliographie

- Delville J. et Mercier M., Sexualité, vie affective et déficience mentale, De Boeck, Bruxelles, 1997
- Delville J. et Mercier M., La déficience mentale, éducation affective et sexuelle, prévention du sida, Revue francophone de la déficience intellectuelle, Montréal, 1998
- Giami A., Humbert-Viveret C. et Laval D., L'ange et la bête : représentations de la sexualité de handicapés mentaux par les parents et les éducateurs, Paris, CTNERHI, Presses Universitaires de France, 1983

## Quelle promotion de la santé en milieu de travail ?

Un des axes stratégiques d'une politique de promotion de la santé est la mise en œuvre de démarches intersectorielles, c'est-à-dire d'interventions coordonnées entre différents secteurs ou milieux de vie.

### Des obstacles

L'examen attentif des relations entre la promotion de la santé et le monde des entreprises suggère que le partenariat est difficile à établir entre les deux. On constate en effet que le monde de l'entreprise est peu présent dans les partenariats développés en Communauté française et que de façon générale peu d'organismes d'éducation ou de promotion de la santé sont actifs de façon continue et permanente dans les entreprises.

Par ailleurs, le secteur "Promotion santé" de la Communauté française semble le plus souvent ignoré des entreprises ou de leurs médecins. Il importe cependant de dépasser le caractère relativement négatif de ce constat pour essayer de comprendre quels peuvent être les facteurs qui rendent le partenariat difficile.

Les cloisonnements institutionnels y jouent certainement un rôle important, et en particulier le cloisonnement politique entre les échelons communautaires (promotion de la santé) et fédéral (santé et sécurité au travail) ainsi que le cloisonnement de type économique entre secteurs marchand et non marchand.

Les entreprises rencontrent peut-être également des difficultés à s'ouvrir à la promotion de la santé en raison de l'image que leur renvoie encore trop souvent la médecine du travail, c'est-à-dire l'image d'une approche individuelle prédominante et d'un accent porté d'abord sur la prévention secondaire des maladies professionnelles et des accidents.

D'autres éléments ne doivent cependant pas être négligés : dans les entreprises, les travailleurs manifestent, à juste titre, une méfiance certaine pour toute action transversale qui viserait à établir des relations entre la vie de travail et leur vie pri-

vée, celle-ci à leurs yeux n'étant pas du ressort de l'entreprise.

Le milieu de travail et ses risques spécifiques pour la santé induisent également des besoins et des demandes en matière de santé qui peuvent être différents de ceux présents dans les milieux d'intervention plus traditionnels des relais en éducation pour la santé, tels que le quartier ou la famille. Ainsi, les entreprises et leurs salariés n'ont pas nécessairement comme préoccupation première la prévention des maladies cardio-vasculaires, ou celle des cancers.

Il existe donc des obstacles bien réels au partenariat entre les entreprises et la promotion de la santé et il importe de ne pas les minimiser. Toutefois, des perspectives nouvelles se présentent qui peuvent favoriser une réelle ouverture du milieu du travail vers la promotion de la santé.

### Des signes encourageants

Une première observation a trait au nombre croissant d'entreprises qui adoptent une politique de management intégrant de façon très étroite la qualité, la sécurité, et la santé du personnel. En première analyse, ces politiques peuvent réduire le conflit d'intérêt traditionnel entre l'efficacité de l'entreprise et la préservation de la santé de son personnel.

Dans le domaine plus spécifique de la santé au travail et de la prévention, des changements importants méritent également d'être relevés. Ils s'inscrivent dans une évolution progressive et continue qui voit la notion de médecine du travail (orientée d'abord vers le dépistage des maladies professionnelles) faire la place au concept de santé au travail par définition beaucoup plus global et orienté vers la prévention des risques c'est-à-dire la prévention primaire en milieu du travail.

On note également un intérêt croissant, bien qu'encore limité, pour les approches de santé publique parmi les praticiens de la médecine du travail. Dans ce contexte, la loi "relative au bien-être des



Photonews - CROCHET

travailleurs" votée par le Parlement le 4 août 1996 (M.B. du 18/09/96) constitue un pas important dans la mesure où elle remplace une loi cadre antérieure totalement désuète et où elle accorde la primauté de façon explicite à la prévention primaire, à l'évaluation et à la gestion des risques par une équipe multidisciplinaire qui devrait regrouper le médecin du travail, l'ingénieur de sécurité, l'ergonome, le toxicologue et le psychologue chargé des aspects psychosociaux du travail. Il s'agit donc, dans le domaine du milieu de travail, d'une véritable réorientation des services de prévention.

### Des plaintes et contraintes bien connues

Cette évolution des concepts de santé et de prévention s'accompagne de l'émergence de nouveaux besoins de santé. Ceux-ci sont bien mis en lumière par la dernière enquête européenne sur les conditions de travail et la santé (1996). Cette enquête souligne les vives préoccupations des salariés concernant les problèmes de santé qu'ils perçoivent comme directement liés à leur vie de travail : 29% des travailleurs de l'Union européenne sont convaincus que leur travail a un effet nuisible sur leur santé.

Les plaintes de santé qu'ils attribuent au travail sont par ordre décroissant de fréquence le mal de dos (30%), le stress (28%), la fatigue (20%), les douleurs musculaires (17%), et les maux de tête (13%).

L'enquête a été menée auprès des patients de plus de 16 ans qui ont consulté les 21 maisons médicales participant au projet.

Un questionnaire autoadministré a été distribué de façon aléatoire à 1500 patients par les médecins de la consultation.

Ce questionnaire abordait les grands thèmes suivants : l'importance relative des problèmes de santé, la connaissance des moyens préventifs potentiels pour lutter contre tel ou tel problème, l'acceptabilité de mesures préventives proposées par les soignants et ce, en fonction des circonstances de proposition, de l'appréciation de l'attitude préventive des soignants. Cette enquête par questionnaire autoadministré a été complétée d'une enquête par enquêteur (150 patients) de façon à valider les réponses obtenues auprès des 1500 questionnaires autoadministrés.

### Résultats

Un taux de participation de 67% a été enregistré. En terme de représentativité, l'échantillon ainsi constitué montrait, par rapport aux chiffres de l'ensemble du pays, une sous-représentation des patients belges ; mais, par rapport à l'enquête par interview, une légère sous-représentation des patients étrangers (biais de sélection lié à la langue).

Comment les patients jugent-ils leur santé ?

Plus de la moitié des répondants s'estiment en bonne ou très bonne santé.

Près de 10% s'estiment en mauvaise ou très mauvaise santé. Ce pourcentage était, dans le dernier Eurobaromètre, de l'ordre de 5%.

"Connaissances" dans le domaine de la prévention

Sur base d'une liste proposée, il était demandé aux patients de répondre à la question suivante : "Pensez-vous qu'il existe des moyens de prévention pour lutter contre ce problème? Et si oui, quels sont-ils?"

On peut ainsi constater que, dans l'ensemble, il existe chez les patients une bonne connaissance des possibilités d'actions préventives et plus précisément des actions à mener (tableau 1).

Certains chiffres de ce tableau sont le reflet fidèle d'une réalité où les connaissances, largement influencées par les campagnes de promotion de la santé et les campagnes médiatiques n'ont qu'un impact limité en terme de comportement préventif : c'est l'exemple de l'obésité, des caries dentaires,...

Pour d'autres problèmes, où des actions bien conduites ont démontré leur efficacité, les connaissances sont plutôt faibles : cancer du col, cancer du sein,...

Attitude "probable" des patients face aux propositions de prévention

Nous avons tenté, au travers de questions rédigées sous la forme de "description de situation", d'appréhender ce que serait l'attitude préventive des patients interrogés. Nous avons abordé de cette façon, quatre situations:

- le médecin propose un dosage de cholestérol lors d'une visite médicale de routine (pré-sportive par exemple) ;
- le médecin propose un dosage de cholestérol lors d'une consultation pour un épisode grippal ;

- le médecin propose, à sa patiente venue pour un problème gynécologique, de réaliser un examen de dépistage du cancer du col ;
- le médecin propose, à sa patiente venue pour une grippe, et après avoir traité la grippe, de réaliser un examen de dépistage du cancer du col.

Pour chacune de ces situations, nous avons demandé au patient d'une part s'il trouvait que ces propositions étaient normales et d'autre part s'il accepterait la proposition qui est faite par le médecin. Le tableau 2 donne les pourcentages obtenus dans ces différents cas de figures.

En ce qui concerne l'examen de dépistage du cholestérol sanguin, on constate qu'une part importante de patients semblent prêts à accepter la proposition de l'examen préventif quel que soit le motif de la consultation (89.6 et 66.2 % en fonction du motif). Cette acceptation n'est en relation ni avec l'âge ni avec le sexe. Aucune relation n'a pu être mise en évidence entre un "score de connaissance préventive" et cette acceptation du dosage, ni entre l'état de santé des patients et cette acceptation.

Lorsque l'on aborde l'examen de dépistage du cancer du col (question posée uniquement aux femmes de plus de 20 ans), on constate que, même dans une situation de consultation pour un motif non gynécologique, 40% des femmes accepteraient l'examen de dépistage et 54% prendraient un rendez-vous. Seules 6% des patientes déclarent qu'elles refuseraient l'examen proposé.

Suivi des actes préventifs: attitude des patients par rapport à une "lettre de rappel"

Tableau 2 - Perception des activités de prévention par les patients des maisons médicales. Réaction des patients par rapport à la proposition d'actes préventifs dans diverses situations (en pourcent).

Situation :	La proposition est :			Acceptation de la proposition d'examen dépistage			
	normale	pas normale	ne sait pas	J'accepte pdt la consult	je prends un rendez-vous	je refuse	ne sait pas
Proposition dosage du cholestérol lors d'une visite présportive (n=953)	88.9	4.8	6.3	90.5	4.2	2.4	2.9
Proposition dosage du cholestérol lors d'une visite pour une grippe (n=938)	66.2	19.5	12.3	65.8	24.9	9.3	-
Proposition d'un examen de dépistage cancer du col lors d'une visite pour un problème gynéco (F>20 ans) (n=575)	84.2	11.1	4.7	68.5	-	29.2	2.3
Proposition d'un examen de dépistage cancer du col lors d'une visite pour une grippe (F>20 ans) (n=558)	70.4	21.3	8.2	40.4	54.1	5.5	-

# La prévention vue par les patients des maisons médicales

Plusieurs études récentes ont permis de faire un bilan des problèmes de santé importants en Communauté française de Belgique (1,2). Tant en terme de mortalité qu'en terme de morbidité, les problèmes qui se situent en tête de liste et que l'on peut identifier comme cancers, maladies cardio-vasculaires, maladies ostéo-articulaires... ont la particularité d'être relativement et partiellement vulnérables si des mesures préventives sont menées de façon efficace. Pour d'autres problèmes tels que les maladies infectieuses par exemple, on connaît depuis longtemps certaines mesures préventives efficaces (vaccinations).

La consultation de médecine générale est une voie intéressante pour développer la prévention et la promotion de la santé; son efficacité semble de mieux en mieux démontrée (3-8).

Pourtant, en Communauté française, alors que la densité des médecins généralistes et du secteur des soins de première ligne est élevée, des lacunes sont mises en

évidence dans la couverture préventive de la population : lacunes en terme d'insuffisance de couverture vaccinale, lacunes en terme d'adhésion aux différents programmes de dépistage, lacunes en terme de haute prévalence des facteurs de risque cardio-vasculaires, etc (8-12).

Peu d'études ont été conduites pour tenter d'expliquer cette problématique de l'insuffisance de la prévention dans les soins de première ligne.

Nous avons mené une première étude auprès des personnels soignants des maisons médicales et associations de médecins généralistes, à la recherche des obstacles à une pratique plus large de la promotion de la santé et de la prévention (13). Les principaux obstacles identifiés étaient l'absence de demande du public, les difficultés de communication entre soignants et patients, la concurrence d'autres structures ou d'autres professionnels, le manque d'information, le manque de rétribution.

D'autre part, des sondages d'opinions ont

montré le rôle capital de la communication avec le médecin généraliste et l'impact que cette communication pourrait avoir sur l'adhésion des patients à des mesures préventives. Il semble donc exister une articulation difficile et même certaines contradictions entre les opinions des médecins de première ligne et du public.

## Objectifs et méthodologie de la recherche

Le travail présenté dans le cadre de ce colloque est la première étape d'une démarche visant à promouvoir les activités de promotion de la santé au niveau des soins de première ligne.

Dans un premier temps, il s'agissait de mieux cerner les connaissances et les attentes des différentes parties et dans un second temps (en cours actuellement), il s'agit du développement de projets spécifiques qui prennent en compte les enseignements de la première partie.

**Tableau 1** - Perception des activités de prévention par les patients des maisons médicales. Connaissances des patients en ce qui concerne les moyens de prévention de certains problèmes de santé (N=930)

Problèmes proposés	NON	Ne sait pas	OUI	Moyens de prévention cités le plus souvent	soit ... % des réponses OUI
maladies cardio-vasculaires	13.3	23.3	63.5	alimentation correcte vie saine, hygiène de vie	38.1 17.4
caries dentaires	5.0	4.2	90.8	brossage des dents visite régulière chez le dentiste	42.3 27.1
grippe	22.1	10.3	67.6	vaccin protection contre le froid	80.9 6.6
cancer du col de l'utérus	22.5	42.0	35.5	visite régulière chez le médecin examen de dépistage	43.8 41.5
rougeole	28.7	16.5	54.8	vaccin visite régulière chez le médecin	93 2
cancer de la prostate	30.4	52.3	17.3	visite régulière chez le médecin examen de dépistage	37.1 34.3
cancer du poumon	17.6	23.6	58.8	ne pas fumer examen de dépistage	84.2 4.8
tétanos	4.8	11.2	84.0	vaccin	96.4
cancer du sein	27.9	28.3	43.9	examen de dépistage visite régulière chez le médecin	57.1 28
obésité	6.6	16.1	77.2	alimentation correcte gym, exercices physiques	87.5 3

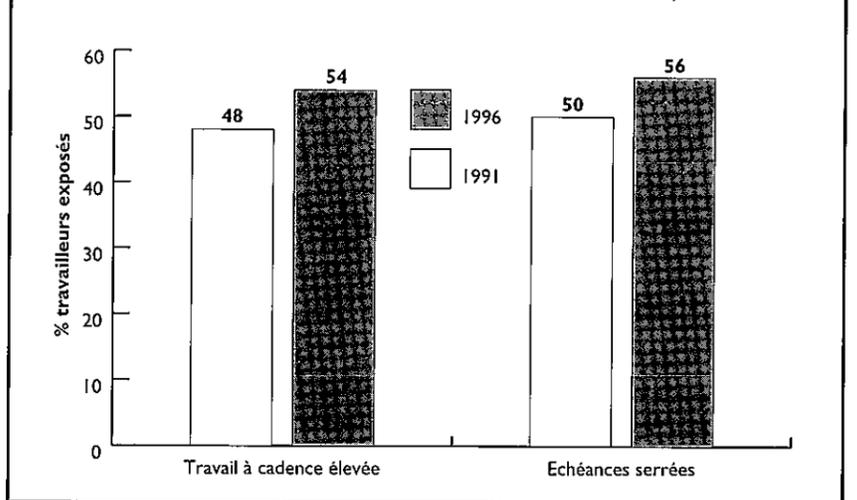
L'enquête montre la persistance des risques physiques dits classiques dont le pourcentage de personnes exposées ne diminue pas par rapport à l'enquête de 1991; ainsi 18% des travailleurs sont exposés en permanence à des postures fatigantes et douloureuses, 10% à un bruit intense, 11% à la manutention de lourdes charges. Elle révèle également l'incidence d'autres déterminants de santé tels que les cadences de travail élevées, les contraintes de temps, la répétitivité des tâches, et leur aggravation relative au cours des cinq dernières années (figure n°1).

Un autre fait marquant de cette enquête est la relation qu'elle révèle entre des conditions de travail défavorables et le statut du travailleur : plus celui-ci a un statut précaire, plus ses conditions de travail sont défavorables (figure n°2). Il s'agit en l'occurrence de déterminants collectifs " forts " que toute stratégie de promotion de la santé en milieu de travail devrait envisager pour être à la fois efficace et crédible.

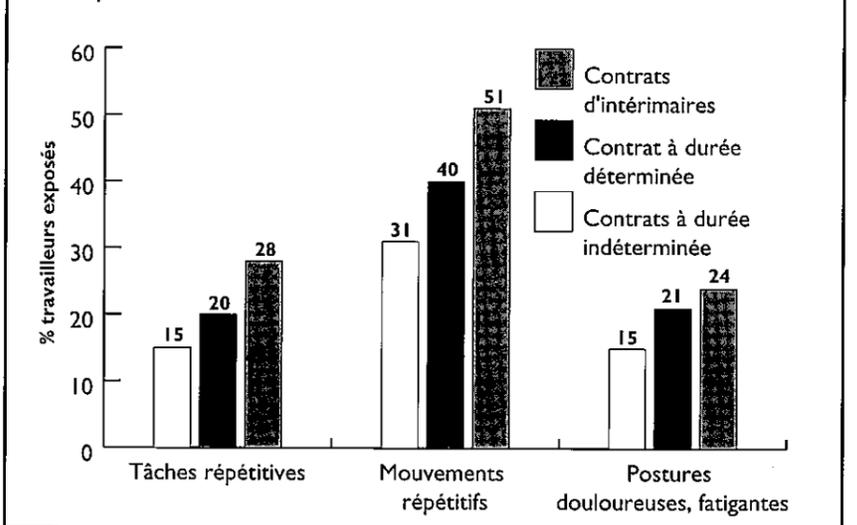
Cette relation entre le statut du travailleur et les contraintes qu'il subit est une illustration supplémentaire de l'influence bien établie de la position sociale sur la santé. Les études relatives aux inégalités sociales de santé ont révélé en effet combien la position d'une personne dans la pyramide sociale d'une organisation pouvait influencer sa santé et son espérance de vie (Marmot et al., 1991). Comme le suggère le modèle " demand-control-support " de Karasek et Johnson (1979), ce n'est pas tellement le niveau absolu des exigences pesant sur la personne qui est déterminant dans l'effet sur la santé, mais l'absence de possibilité de contrôle sur ces exigences dans le contexte du travail ou en dehors de celui-ci. Dans ces conditions, la probabilité d'un vécu chronique de stress est élevé chez ces personnes qui souvent ne disposent pas des ressources nécessaires pour faire face dans la mesure où elles peuvent être isolées, sans réel réseau social de soutien et posséder une faible estime d'elles-mêmes.

Dans cette perspective, la promotion de la santé telle qu'elle est définie dans la Charte d'Ottawa prend tout son sens : il s'agit en effet de conférer aux populations au travail les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, de favoriser l'empowerment des personnes au travail. Une analyse superficielle de cer-

**Figure 1** - Enquêtes européennes 1991 et 1996: contraintes de temps



**Figure 2** - Enquêtes européennes 1991 et 1996: influence du statut du travailleur sur l'exposition à différentes contraintes



taines stratégies managériales modernes peut laisser croire qu'il y a convergence entre la vision de la Charte d'Ottawa et l'empowerment dont se réclament ces stratégies de gestion. Une analyse fine des processus mis en œuvre montre cependant qu'ils se traduisent en réalité par une aggravation du risque pour la santé (Johnson, 1997).

L'évolution des concepts de santé en milieu de travail constitue donc à la fois une ouverture et un défi pour la promotion de la santé, au moment même où les nouveaux besoins de santé qui se font jour rendent cette approche indispensable. La promotion de la santé peut en effet apporter aux partenaires du milieu de travail, un cadre conceptuel pour le dévelop-

pement du " bien-être au travail ", un soutien méthodologique approprié pour la mise en œuvre de processus d'éducation adaptés aux adultes, et enfin des outils pour initier, guider, évaluer des démarches participatives, la finalité étant de donner aux travailleurs un plus grand contrôle sur leur environnement de travail et par là sur leur santé.

**Professeur Philippe Mairiaux**, Université de Liège, Service de Santé au Travail et Education pour la Santé (STES / APES) ■

## Références

European Foundation for the improvement of living and working conditions, Second european Survey on working

conditions, EU publications, Luxembourg, 1996.

Hancock T. Caveat partner : reflections on partnership with the privat sector. Health Promotion Int, 1998; 13 :193-5.

## Les programmes de promotion de la santé en entreprise

Les programmes d'interventions en milieu de travail ont connu une certaine évolution au cours du temps. Il est possible de distinguer quatre générations de programmes. Les premiers, à situer vers les années cinquante, se sont orientés vers des actions qui portaient sur la sécurité des travailleurs et sur la qualité des produits. La seconde génération de programmes, en raison du coût de l'incidence croissante des maladies cardio-vasculaires, ont été principalement appliqués aux cadres de direction, particulièrement à risque dans les années soixante. Début des années septante, suite à l'évolution de la conception de la prévention et de la modification du profil socio-professionnel des pathologies, les programmes ont inclus toute une palette d'interventions par rapport aux divers facteurs de risque biocliniques; de plus ils se sont adressés à l'ensemble de la population des travailleurs.

A l'heure actuelle, les programmes de la quatrième génération comprennent un ensemble de stratégies visant non plus seulement la réduction des maladies, des facteurs de risque, mais également l'amélioration de la santé voire le bien-être de tous.

Dans cette nouvelle perspective, l'entreprise comme tout autre lieu de vie peut donc fournir d'une part un terrain d'action et d'autre part l'accès à une population (captive en l'occurrence) pouvant bénéficier de programmes de promotion de la santé tels que la promotion de comportements sains auprès des individus.

Par ailleurs, le lieu de travail lui-même peut être modifié de telle sorte à promouvoir la santé des travailleurs dans le sens d'une augmentation du bien-être. Dans ce cas c'est davantage l'amélioration des conditions ou de l'organisation du travail qui est ciblée.

Cette dernière approche est d'ailleurs à mettre en relation avec la loi belge du 4 août

Johnson JV. Empowerment in future worklife. Scand J work Environ Health, 1997; 23 suppl 4: 23-27.

Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain : implications for

1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail (1).

Un préalable à toute intervention consiste à effectuer une analyse de la situation. Des modèles théoriques visant à l'analyse des situations dans le domaine des milieux de travail ont été élaborés depuis quelques années. Le modèle le plus connu est certainement celui de Karasek et Theorell (2). Dans le modèle originel datant de la fin des années septante, essentiellement deux dimensions étaient prises en compte pour expliquer voire prédire les problèmes de santé chez les travailleurs. L'hypothèse était que la combinaison de **demandes (charge psychologique)** élevées d'une part et de **contrôle (ou maîtrise)** peu élevé d'autre part exposait les travailleurs à des risques accrus en termes de santé. Cette hypothèse a été confirmée par de nombreuses études tant au niveau de problèmes physiques, par exemple des affections cardio-vasculaires (3) que psychologiques, par exemple la dépression (4).

En 1988, ce modèle a été élargi par Johnson et Hall (5) à une troisième dimension, celle du **soutien social**, dont le manque combiné aux deux autres dimensions serait néfaste pour la santé.

Depuis, d'autres dimensions ont été ajoutées au modèle telles qu'insécurité d'emploi, épuisement physique, exposition à des risques...

Un autre modèle plus récent conçu par Siegrist (6) concerne la relation «**déséquilibre efforts/récompenses**», soit la relation entre les efforts extrinsèques et intrinsèques avec les récompenses attendues sous diverses formes : gratifications monétaires, d'estime ainsi que de promotion ou de sécurité d'emploi. Ce modèle a été testé dans plusieurs études et a démontré un impact sur l'incidence de maladies cardio-vas-

culaires (7), sur certains facteurs de risque

cardio-vasculaires (8) et sur la dyspepsie (9). Marmot M, Smith GD, Stansfeld S, et al. Health inequalities among British civil servants : the Whitehall II study. Lancet 1991; 337: 1387-93.

Or, les analyses de situations dans divers secteurs du travail révèlent de manière constante des inégalités sociales (en fonction du niveau de formation et/ou du niveau professionnel) dans ce domaine.

Les résultats d'une recherche collaborative 'Belgian Interuniversity Research on Nutrition and Health' (BIRNH) de l'ULB et des Universités RUG, KUL, VUB et ULg est illustrative à ce sujet. Il s'agit d'une étude prospective d'une population générale (25-74) avec screening initial (1982-1984) et un suivi de 10 ans (1992-1994) (10). Les données présentées concernent un sous-échantillon de 5655 personnes au travail.

Le tableau montre les taux bruts de mortalité en fonction du niveau d'éducation et du niveau socioprofessionnel en 3 catégories (faible, moyen, élevé).

Après analyse multivariée tenant compte de l'âge, du sexe et des facteurs de risque significatifs, ce gradient social inverse se maintient significativement pour les diverses causes de mortalité à l'exception du cancer avec le niveau d'éducation.

Enfin, une étude quasi-expérimentale concernant 264 travailleurs 'Gezonder werken bij Brabantia' avec un programme comprenant des interventions tant au niveau individuel de changements de comportements que de changements au niveau environnemental et organisationnel a été réalisée. L'évaluation montre que les interventions au niveau organisationnel ont un impact favorable sur l'absentéisme pour l'ensemble des travailleurs quel que soit leur niveau socioprofessionnel (11).

En conclusion, il semble que l'application de modèles théoriques, l'existence d'inégalités sociales de santé et des changements au niveau organisationnel devraient être

fréquence absolue (B) et relative (B/A), ainsi que son importance (C = score de priorité) parmi les besoins du personnel hospitalier. Il est également possible d'évaluer dans quelle mesure fréquence et importance de chaque mot-clé sont également répartis parmi les groupes et/ou parmi les catégories professionnelles (examen de A, B, B/A ET C).

Dans une **quatrième phase**, nous avons procédé à une analyse qualitative des expressions et de leur répartition pour chacun des mots-clés. Les expressions des responsables de service sont aussi incluses dans cette phase qualitative.

### Résultats

A titre d'exemple, nous présentons ci-dessous quelques éléments d'analyse réalisés à l'intérieur du domaine "Infrastructure".

Le **tableau 1** présente les mots-clés ayant servi à décrire les discours des participants sur l'infrastructure et les différents indices calculés sur l'ensemble des groupes interrogés et associés à chacun de ces mots-clés. Nous remarquons que le mot-clé le plus fréquemment relevé est le travail dans des locaux sans fenêtres (50 citations) et qu'il est relativement prioritaire. Viennent ensuite la température des locaux et les problèmes de ventilation-aération, le problème de la ventilation étant jugé plus important (rang moyen de priorité plus bas). Les problèmes les moins fréquemment cités sont le matériel inadéquat et le tri des déchets.

Le **figure 1** montre l'importance des différents mots-clés inclus dans ce thème. Dans cette figure, les mots-clés relevés dans les groupes sont classés en fonction du nombre de citations (indice B) en abscisse et du rang moyen de priorité (indice C) en ordonnée. Cette représentation graphique des indices permet de mieux visualiser les mots-clés à la fois prioritaires (rang moyen < 3) et fréquents.

### Conclusions

Cette étude procédait au départ d'une démarche qualitative. La méthodologie appliquée pour la récolte d'informations (groupes homogènes, plan d'entretien) et pour leur analyse (utilisation des mots-clés et des indices) a permis d'aboutir à une sélection quantifiée de priorités pour le bien-être au travail du personnel de l'institution.

La démarche qualitative nous a permis de fournir un support, un média pour per-

mettre aux interlocuteurs des lignes hiérarchiques des différents services d'aborder ensemble certains problèmes déjà bien connus de chacun des départements.

Cette démarche est une première étape dans un processus de promotion de la santé du personnel de l'hôpital. Les résultats sont maintenant dans les mains du Comité de pilotage «Hôpital promoteur de santé» du C.H.U. pour dégager des priorités d'action. Les pistes d'action devront être déterminées par la ligne hiérarchique en collaboration avec le personnel.

Cette démarche d'analyse qualitative peut être lourde à mettre en place dans n'importe quelle institution hospitalière. C'est pourquoi les données recueillies ont permis de mettre au point un instrument d'analyse plus léger (sous forme de questionnaire) dont les items sont formulés sur base de l'expression des participants. Cet instrument, après validation, pourra être utilisé dans d'autres établissements.

**Michel Muller, Chantal Vandoorne, Philippe Mairiaux**, Université de Liège, Service de Santé au Travail et Education pour la Santé (STES / APES) ■

### Références

1. Commissariat général à la promotion du travail. Sécurité et hygiène dans les établissements de soins. 1988. Bruxelles.
2. De Meirleir, K., Verlent, D., et De Baets, I. Stress et burn-out : Implications cliniques. in Actes de la journée d'études «Erreur humaine, stress, fatigue et burn-out... expressions de dysfonctionnements professionnels.», 69-76. 1997. Bruxelles,

Services Fédéraux des Affaires Scientifiques, Techniques et Culturelles.

3. Verschuren, R., De Groot, B., et Nossent, S. Working conditions in hospitals of the European Union. 1995. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

4. Neveu, J. P. Epuisement professionnel : recherche exploratoire en milieu hospitalier. Le travail Humain 59(2), 173-186. 1996.

5. Estryn-Behar, M., Hercberg, S., Schaller, D., Galantier, M., et Rouaud, C. Influence des horaires de travail sur l'évolution du poids du personnel hospitalier féminin. Archives des Maladies Professionnelles, 43(7), 546-547. 1982.

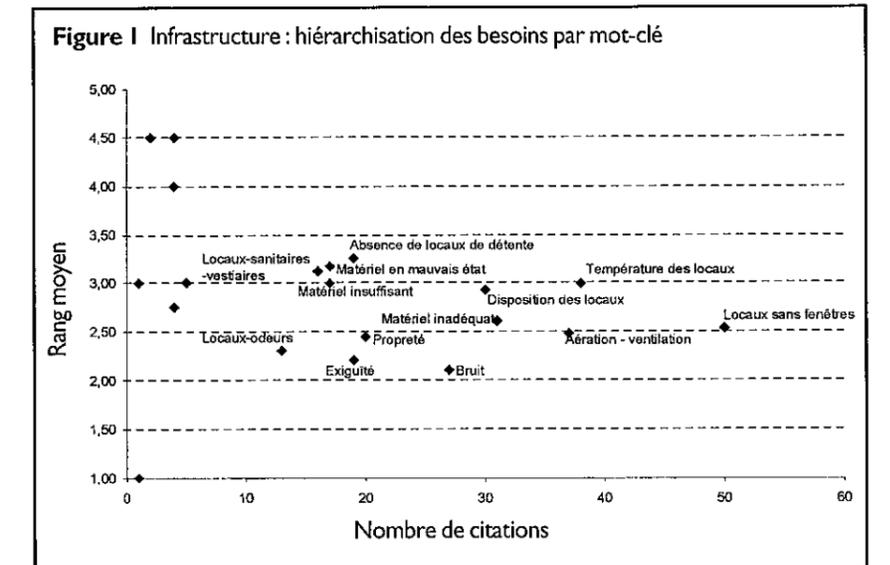
6. Mary, Y., Poyen, D., Sambuc, R., Gache, G., Tafani, C., Lutz, A., Hatolas, M. Ch., et Blazic, Ch. Comportement alimentaire d'agents hospitaliers : résultats d'une enquête effectuée dans un hôpital de Marseille. Archives des Maladies Professionnelles, 43(7), 549-556. 1982.

7. Poyen, D., Mary, Y., Sambuc, R., Tafani, C., et Gache, G. Résultats d'une enquête concernant l'alimentation d'agents hospitaliers travaillant de nuit. Archives des Maladies Professionnelles 43(7), 543-545. 1998.

8. Pelikan, J., Krajic, K., et Lobnig, H. Health Promoting Hospitals : developing hospitals as settings and agents for health promotion. Euronews V(1), 7-23. 1997.

9. Mucchielli, A. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. 1996. Armand Colin.

10. Montis, J. B. Analyse et mesure du climat social de l'entreprise. 1976. Paris, Entreprise Moderne d'Édition.



(10). Le plan d'entretien a été conçu pour ne pas dépasser une durée d'une heure trente. Les participants étaient invités à partager des situations portant atteinte à leur bien-être au travail ou au contraire dans lesquelles ils se sentaient particulièrement bien, à les regrouper en grands thèmes, à choisir parmi ceux-ci 5 thèmes prioritaires et à les classer, et enfin à émettre des pistes de solutions le cas échéant.

De cette manière, plusieurs niveaux d'informations étaient disponibles pour chaque groupe :

- le relevé des situations décrites;
- leur classement en grands thèmes;
- les choix et les priorités accordées par les participants;

- les pistes de solutions;
- les interventions orales des participants.

### Analyse

#### L'analyse par thème

Les thèmes ont été répartis en quatre classes en fonction de la fréquence du choix par les participants du groupe et de leur classement des priorités:

- les thèmes prioritaires (indice de priorité moyen  $\leq 3$ ) et fréquents (considérés prioritaires par au moins la moitié du groupe);
- les thèmes prioritaires mais rares (choisis par moins de la moitié du groupe);
- les thèmes secondaires (indice de priorité moyen  $>3$ ) et fréquents;

- les thèmes secondaires (indice de priorité moyen  $>3$ ) et rares.

Pour structurer la présentation des résultats, les thèmes ont été regroupés en 7 domaines par l'équipe de recherche:

- l'infrastructure et la logistique;
- la protection individuelle et les services au personnel;
- la qualité et l'intérêt du travail;
- les aspects relationnels: patients et visiteurs;
- les aspects relationnels: collègues et équipe;
- les aspects relationnels: médecins et hiérarchie;
- l'organisation du travail (y compris le stress).

#### L'analyse par mot-clé

Les thèmes définis par les groupes sont particuliers à chacun d'eux. Ainsi un thème désigné par un même intitulé peut recouvrir des nuances, voire des réalités différentes d'un groupe à l'autre. C'est pourquoi, il a été nécessaire d'analyser le contenu des thèmes à l'aide de mots-clés, sur base de l'ensemble des informations formulées sur ce thème par les participants du groupe.

Dans une **première phase**, un ou plusieurs mots-clés ont été attribués à chaque thème.

Dans une **deuxième phase**, on a attribué trois valeurs à chaque mot-clé associé à un thème dans un groupe particulier: (a) = l'effectif du groupe concerné (b) = le nombre de personnes dans ce groupe ayant choisi le thème dans leurs priorités

(c) = le score moyen du thème c'est-à-dire la somme des indices de priorité (de 1 à 5) attribués par les participants divisé par (b) soit le nombre de participants de ce groupe l'ayant classé dans leurs priorités.

Dans une **troisième phase**, on a pu calculer les indices équivalents par mots-clés, soit

- (A) = somme des ai, c'est-à-dire total des participants des groupes où est intervenu un thème associé à ce mot-clé;
- (B) = somme des bi, (Sbi), c'est-à-dire total des participants ayant choisi ce thème dans leur sélection des priorités;
- (B/A) = proportion des choix de ce mot-clé dans les groupes où il a été décelé;
- (C) = score moyen du mot-clé calculé en divisant la somme des produits bi\*ci par Sbi.

On obtient ainsi, pour chaque mot-clé des indices qui permettent d'estimer sa

Infrastructure Mots-clés	A	B	B/A en%	C
Locaux sans fenêtres	71	50	70	2,54
Température des locaux	54	38	70	3,00
Aération-ventilation	44	37	84	2,49
Matériel inadéquat	52	31	60	2,61
Disposition des locaux	71	30	42	2,93
Bruit	42	27	64	2,11
Propreté	42	20	48	2,45
Absence de locaux de détente	43	19	44	3,26
Exiguïté	48	19	40	2,21
Matériel insuffisant	48	17	35	3,00
Matériel en mauvais état	26	17	65	3,18
Locaux-sanitaires-vestiaires	34	16	47	3,12
Locaux-odeurs	18	13	72	2,31
Matériel-hygiène	8	5	63	3,00
Locaux-sanitaires-douches	15	4	27	4,50
Locaux-sanitaires-manque	15	4	27	4,50
Ascenseur	10	4	40	4,00
Locaux courant d'air	5	4	80	2,75
Locaux sanitaires-coin repas	4	2	50	4,50
Matériel adéquat	11	1	9	3,00
Tri déchets	5	1	20	1,00

**A** : nombre total de personnes composant les groupes dans lesquels un mot-clé a été évoqué  
**B** : nombre de personnes ayant classé un thème comportant ce mot-clé dans leurs priorités  
**B/A** : rapport des 2 nombres en %  
**C** : rang moyen attribué à ce mot-clé sur l'ensemble de la population

	Mortalité totale	Mortalité cardio-vasculaire	Mortalité par cancer
Niveau d'étude			
Faible	6.3	2.0	2.5
Moyen	3.8	1.2	1.4
Elevé	1.8	0.2	0.8
Niveau socioprofessionnel			
Faible	5.1	1.6	2.2
Moyen	4.4	1.3	1.4
Elevé	1.7	0.4	0.6

Source : F. Kittel et al., données non publiées, 1998

pris en compte, quand il s'agira d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes de promotion de la santé efficaces et efficients.

France Kittel, ULB-PROMES ■

### Références bibliographiques

1. Loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail. Texte de loi publié au Moniteur belge du 18 septembre 1996.
2. Karasek R., Theorell T. Healthy work. New York; Basic books, 1990.
3. Alfredsson L., Karasek R., Theorell T. Myocardial infarction risk and psychological work environment: An analysis of the male Swedish working force. Social Science and Medicine 16: 463-467; 1982.
4. Karasek R. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications

for job redesign. Administration Science Quarterly, 24: 285-307; 1979.

5. Johnson J., Hall E. Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. American Journal Public Health 78: 1336-1342; 1988.

6. Siegrist J., Peter R., Junde A., Cremer P., Seidel D. Low status control, high effort at work and ischaemic heart disease: prospective evidence from blue-collar workers. Social Science Medicine; 31: 1127-1134; 1990.

7. Bosma H., Peter R., Siegrist J., Marmot M. Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. American Journal Public Health. 88: 68-74; 1998.

8. Niedhammer I., Goldberg M., Leclerc A., David S., Bugel I., Landre MF. Psychosocial work environment and cardiovas-

cular risk factors in an occupational cohort in France. Journal Epidemiology Community Health. 52: 93-100; 1998.

9. Rothenbacher D., Peter R., Bode G., Adler G., Brenner H. Dyspepsia in relation to Helicobacter pylori infection and psychosocial work stress in white collar employees. American Journal Gastroenterology. 93 (9): 1443-1449; 1998.

10. Kornitzer M., Kittel F. Choice and measurement of psychosociocultural factors in coronary risk modification at the worksite: A critical review. In: A healthier work environment - Basic concepts and methods of measurement. WHO Regional Office for Europe (Eds.), Copenhagen, p:85-103; 1993.

11. Maes S., Verhoeven C., Kittel F., Scholten H. Effects of a Dutch Work-site Wellness Health program: The Brabantia Project. American Journal Public Health. 88(7): 1037-1041; 1998.

## Les manutentions manuelles

### Un outil pour développer une démarche participative d'évaluation des risques

La référence au modèle de la promotion de la santé a progressivement introduit dans les programmes d'éducation pour la santé une attention accrue à l'amélioration du milieu

de vie. C'est notamment le cas dans les domaines de la prévention des accidents de la vie courante au domicile et de la promotion de la santé à l'école: il s'agit de convaincre les acteurs de l'utilité d'observer et d'analyser leur environnement pour définir des voies d'action prioritaires et efficaces.

S'agissant de l'entreprise, le point de départ pour le développement de la promo-

tion de la santé est différent. En effet, l'évaluation des risques présents dans le milieu de travail occupe déjà une place centrale: le plus souvent celle-ci est réalisée par des professionnels (médecins du travail, ergonomes, ingénieurs de sécurité) soit à titre préventif, soit pour objectiver les facteurs qui ont conduit à un accident ou à un problème de santé chez l'un ou l'autre travailleur.

Les défis de la promotion de la santé placent cette pratique de l'évaluation des risques dans une nouvelle perspective. Si le résultat recherché reste inchangé (améliorer le milieu de travail), les méthodes doivent s'adapter au développement de la participation des travailleurs eux-mêmes et de l'action communautaire. Dans le contexte de la déclaration de Sundsvall sur les milieux favorables à la santé (1991), la démarche d'évaluation des risques peut en effet être considérée comme un véritable outil d'éducation, dans la mesure où elle doit permettre l'accroissement des aptitudes pour une prise en charge individuelle et collective de sa santé.

### Une opportunité concrète

Le Commissariat général à la promotion du travail avait publié en 1983 une brochure intitulée «Manutention et transport dans l'entreprise – vade-mecum», dont il était urgent de proposer une actualisation tant scientifique que pédagogique. La réalisation d'un nouveau document a offert l'opportunité de réfléchir aux moyens de concrétiser, au travers d'un support écrit, ces démarches éducatives et participatives.

Le nouveau document intitulé "Manutentions manuelles : un guide pour évaluer et prévenir les risques" porte sur la manutention des objets inanimés de plus de trois kilos, à l'exclusion des problèmes posés par les manutentions mécanisées. Il se présente sous la forme d'une brochure de 93 pages largement illustrée et d'un encart de 11 pages appelé FIFARIM (Fiche d'Identification des Facteurs de Risques liés à la Manutention). Ce guide a été réali-

sé grâce au travail d'une équipe pluridisciplinaire de l'université de Liège composée de spécialistes en médecine du travail, ergonomie, formation dans le cadre d'école du dos, et en éducation pour la santé.

Les objectifs prioritaires du guide sont les suivants:

- fournir des outils d'autoévaluation des risques utilisables par la ligne hiérarchique, par les différents conseillers en prévention et par les travailleurs eux-mêmes;
  - proposer une démarche pour choisir des priorités et des stratégies de prévention.
- Par ailleurs, le guide a également pour ambition de constituer pour l'utilisateur une source d'informations simplifiées, mais rigoureuses dans le but de :
- répondre aux questions les plus fréquemment évoquées dans les entreprises en rapport avec ces problèmes;
  - faire comprendre, dans une optique pédagogique, les mécanismes et les procédures sous-jacents aux conseils de prévention.

Cet article est surtout consacré à illustrer les méthodes utilisées dans le guide pour développer la participation des divers niveaux d'acteurs de l'entreprise et favoriser la mise en place d'une démarche d'autoévaluation.

### Développer la participation des divers niveaux d'acteurs de l'entreprise

Le guide est modulaire. Il été conçu pour favoriser une utilisation «à la carte», adaptée aux besoins spécifiques des différents publics cibles et des différents contextes d'entreprise. C'est ainsi que :

• les travailleurs et leur encadrement souhaiteront sans doute remplir en priorité la FIFARIM, disponible en encart du guide, avant de prendre connaissance des explications de celle-ci dans le chapitre 3;

• mais certains d'entre eux, plus intéressés par la compréhension des phénomènes physiologiques, pourraient vouloir consulter de prime abord le chapitre 2 où sont expliqués les effets et dommages potentiels sur la colonne vertébrale;

• et d'autres seront attirés d'emblée par une immersion dans la panoplie des stratégies de prévention suggérées au chapitre 4;

• les chefs d'entreprises devraient tirer profit des démarches d'analyse des données de production présentées au début du chapitre 3 s'ils souhaitent réaliser, dans leur entreprise, un bilan des dangers liés aux manutentions;

• mais ils pourraient aussi utiliser d'emblée la FIFARIM pour estimer le risque attaché à un poste de travail bien précis sur lequel on a attiré leur attention;

• enfin, les personnes spécialisées en prévention et sécurité seront sans doute plus intéressées à entrer dans le guide par les principes méthodologiques d'analyse des risques, de choix des priorités ou de sélection des stratégies de prévention présentés surtout dans le deuxième chapitre et au début du troisième chapitre.

La multiplication des voies d'entrée dans le guide a pour but de favoriser les interactions et la collaboration entre les différents acteurs de la prévention en entreprise. Le guide propose des informations et des outils à divers niveaux de difficulté et de précision afin de susciter une démarche active de la part des utilisateurs, de les aider à évaluer les risques de la situation de travail à laquelle ils sont personnellement confrontés et de s'engager dans une démarche collective pour la définition des priorités et des moyens de prévention.

Ainsi, le document présente une démarche d'évaluation hiérarchisée où chaque étape fait appel aux moyens et compétences juste nécessaires pour identifier le risque et ses déterminants et rechercher des solutions de prévention.

Ainsi que l'illustre la pyramide de la figure ci-dessus, la brochure synthétise sous une

## Les besoins de santé du personnel du C.H.U. de Liège

Le personnel hospitalier est confronté à de nombreux risques pour la santé (1); ceux-ci diffèrent toutefois selon leur degré de spécificité. Ainsi, certains risques très spécifiques concernent des catégories précises de travailleurs (exposition à des agents chimiques, physiques, infectieux) tandis qu'il existe une série de risques plus généraux auxquels sont soumis l'ensemble des travailleurs de l'hôpital (burn-out par exemple) (2-4). Les contraintes liées à l'organisation du travail en hôpital peuvent également influencer de façon importante la santé globale du personnel par leur action sur des comportements de santé tels que le tabagisme, les comportements alimentaires (5-7), la pratique régulière d'une activité physique, etc.

L'étude décrite dans cet article, a pour caractéristique justement de prendre en compte ces besoins de santé plus généraux; elle s'intègre dans le programme du réseau belge francophone des «Hôpitaux promoteurs de santé» (8).

### Programme de la recherche

#### Objectifs généraux et spécifiques

Cette recherche a pour objectif général d'identifier les besoins en matière de santé du personnel hospitalier. Cette phase de diagnostic est nécessaire pour établir des priorités d'action. Elle constitue également la première étape d'un processus de mobilisation du personnel et de la hiérarchie en faveur de la promotion de la santé à l'hôpital.

Une telle analyse doit permettre de déboucher sur :

- la confrontation des perceptions de l'encadrement et du personnel quant à ces besoins;
- la définition de priorités qui fassent l'objet d'un large consensus.

Pour réaliser cet objectif général, deux objectifs spécifiques ont été définis :

- réaliser par des méthodes qualitatives une analyse exploratoire de l'expression de ces besoins auprès des différentes catégories de personnel d'un C.H.U.;
- mettre au point un instrument d'analyse des besoins du personnel plus léger, pertinent et généralisable à l'ensemble des hôpitaux.

Dans la suite de cet article, nous ne parlerons que de l'analyse qualitative des besoins réalisée auprès du personnel du CHU de Liège.

### Méthodes

Au CHU de Liège, cette recherche bénéficie de la supervision d'un comité de pilotage composé du directeur médical, du responsable du service de sécurité, du responsable du service de médecine du travail, de conseillers scientifiques du service de Santé au Travail et d'Education pour la Santé de l'ULg et de la coordinatrice des actions de promotion de la santé à l'intérieur de l'hôpital.

#### Méthodologie générale et constitution de l'échantillon

L'enquête qualitative a été basée sur des entretiens de groupe, pour le personnel sans fonction hiérarchique, et sur des entretiens individuels, pour les responsables de service.

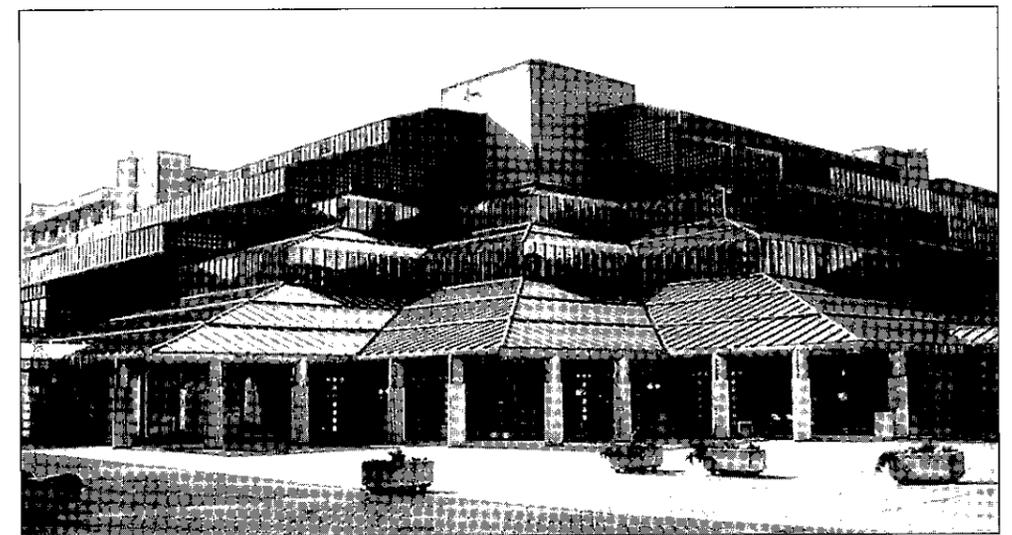
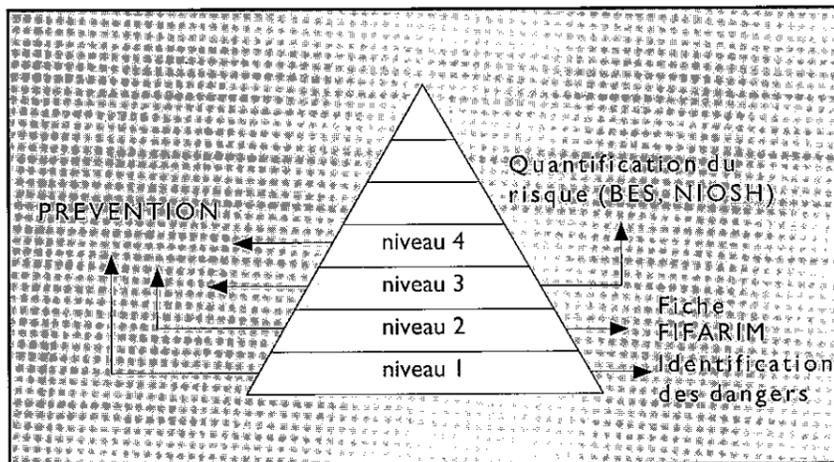
Treize catégories professionnelles ont tout d'abord été identifiées. Il a ensuite été dé-

cidé d'organiser un ou plusieurs groupes d'entretien, selon l'effectif relatif de chaque catégorie. Les critères suivants ont été utilisés pour assurer l'homogénéité des groupes : fonction, grade et type d'activités (en ce compris les contraintes imposées par celles-ci aux horaires de travail). Cette répartition avait pour but de favoriser l'expression des personnes qui partagent le même type de mission à l'hôpital et les mêmes conditions de travail et qui n'entretiennent pas entre elles de rapports hiérarchiques formels. Dans chaque catégorie, les participants ont été tirés au sort de façon aléatoire. Pour les entretiens individuels, un échantillon de 12 responsables de service a été tiré au sort à partir des listes fournies par la direction.

Le plan d'échantillonnage prévoyait d'interroger 220 personnes (10% de la population totale du personnel du CHU) réparties en 23 groupes. Dix-neuf groupes ont été interrogés, comprenant 119 personnes. Certains groupes n'ont pas pu être constitués par manque de réponse des personnes contactées.

#### Méthodologie des entretiens en groupes

Une psychosociologue et un médecin du travail ont animé ces entretiens. La méthode d'interview choisie était la méthode du métaplan (9) avec une série d'adaptations inspirées du diagnostic social de Montis



- un niveau de satisfaction nettement supérieur avec une redécouverte ou une découverte de la richesse de leur fonction de soignant ;

- un sentiment de responsabilité accru, associé à une perception de revalorisation de leur fonction.

Au niveau des activités,

- un gain de temps dont l'intensité est encore différemment perçue selon les soignants, gain de temps reconnu par le fait d'associer les parents dans les activités de soins en général (bain, repas,...) ;

- la perception d'une plus grande cohérence dans la prise en charge par le fait de développer des activités d'éducation et de promotion de la santé ;

- une plus grande connaissance (voire reconnaissance) de leurs activités par leur supérieur hiérarchique respectif, mieux informé des interventions effectuées ;

- la recherche d'une plus grande cohérence entre les secteurs différents d'activités de prise en charge de l'enfant à l'hôpital (animations, scolarité et soins).

Au niveau du travail d'équipe,

- un souci partagé de réinvestissement et d'excellence dans le travail ;

- une volonté réelle de partager les informations recueillies pour accroître l'adéquation de la prise en charge ;

- un sentiment d'entraide et de cohérence plus important dans la prise en charge.

Il importe également d'ajouter que le contexte de ce projet de recherche-action a permis de concrétiser des compétences spécifiques que tentaient d'acquérir ou de développer certains soignants par des projets plus personnels: préparation du retour à domicile, partenariat avec les parents, respect du rythme de vie de l'enfant. Cette recherche-action leur a donc permis de concrétiser ces projets en leur offrant un cadre d'opérationnalisation.

Que conclure sinon que les résultats obtenus dans le cadre de ce projet traduisent bien la nécessité de prendre en compte la réalité contextuelle de chaque service pour développer la qualité des interventions afin de les rendre plus cohérentes et pertinentes au vécu de l'enfant et de sa famille.

## Analyse de la reproductibilité des résultats et du processus

L'analyse des résultats obtenus met en évidence leur nécessaire contextualisation pour garantir leur pertinence et leur cohérence au contexte initial. Ils ne sont pas à ce titre directement transposables ou reproductibles. Le processus qui a permis leur émergence est quant à lui reproductible dans d'autres contextes hospitaliers en fonction de la similitude des résultats obtenus lors de l'évaluation de contexte. Certes, certaines adaptations sont nécessaires en fonction des spécificités des contextes d'accueil (ressources disponibles, stratégies d'implantation, projets en cours, priorités de services,...).

## Implications pour la pratique

La définition et l'implantation des activités d'éducation et de promotion de la santé en milieu hospitalier nécessitent de prendre en considération les caractéristiques spécifiques des contextes dans lesquels elles se développent. Cette contextualisation est la meilleure garantie de cohérence et de pertinence entre les objectifs, les moyens, les ressources et les acteurs. Elle est donc une condition indispensable à l'obtention d'une efficacité la plus élevée (adéquation aux objectifs) ainsi qu'une efficacité (relation entre les ressources utilisées et les résultats obtenus) des changements mis en place.

Cinq apports spécifiques peuvent être attribués à la prise en compte des conditions initiales des contextes.

Le principe de contextualisation de la promotion de la santé en milieu hospitalier aide à concevoir des projets de changement qui tiennent compte du poids et des réalités des structures organisationnelles. Tout projet de promotion de la santé qui ne tiendrait pas compte des variables structurelles du contexte risque en effet de créer une simple illusion de changement et conduire à des situations d'incohérence dans les actions, de démobilité voire de méfiance mutuelle des acteurs.

La réintroduction de l'histoire de l'institution et l'analyse de l'évolution des repré-

sentations qui sous-tendent ses pratiques garantissent également un maintien de continuité dans le changement, condition nécessaire à son implantation. C'est en effet sur base du système de représentations en cours (stock de connaissances et d'expériences accumulées) que les acteurs attribuent un sens et une légitimité au changement proposé.

La contextualisation nécessite le repérage des différents acteurs et leurs capacités de mobilisation et d'action. Il est évident qu'un projet de changement tel que celui qui définit l'implantation de la promotion de la santé en milieu hospitalier nécessite une redéfinition des tâches, voire des responsabilités des acteurs. Les changements auront d'autant plus de difficultés à s'implanter que les conditions paraissent plus contraignantes aux yeux des acteurs ou distantes de leur propre système de représentations.

L'adéquation entre le stock de connaissances et d'expériences accumulées avec l'orientation du changement est également une condition de l'intensité des changements. A ce titre, le changement construit doit permettre une interprétation collectivement acceptable. Certaines résistances exprimées par les acteurs proviennent notamment du fait que l'interprétation du changement est erronée et remet en question l'équilibre obtenu sans garantie d'acquisition de gains réels.

La contextualisation permet de réintégrer les temporalités multiformes et imprévisibles du changement. De par sa nature même, tout contexte évolue dans un environnement plus large qui se modifie et nécessite des adaptations permanentes. Une programmation trop rigide du processus de changement risque de se heurter à l'impossibilité d'intégrer des événements inattendus et pourtant cruciaux qui peuvent mettre en péril son implantation.

Peut-être pourrait-on conclure en disant qu'une piste pour promouvoir la promotion de la santé à l'hôpital consiste moins à reproduire des modèles théoriques dans la pratique que de partir de la pratique pour construire des modélisations théoriques qui soient plus en adéquation avec la réalité des différents acteurs.

**Claude Renard, UCL-RESO ■**

forme pratique les indicateurs et méthodes à utiliser au niveau 1 pour repérer les sources de danger. Elle propose ensuite, au niveau 2, un outil original d'autoévaluation des facteurs de risque, la fiche FIFARIM. Pour le niveau d'évaluation n° 3 qui concerne une estimation précise du niveau du risque, les méthodes disponibles (grille de la BES, méthode du NIOSH) sont seulement brièvement présentées. Quant aux méthodologies d'évaluation plus complexes (niveau 4, 5,...) elles ne sont pas abordées car elles sortent du cadre des objectifs définis et en outre il n'est que rarement nécessaire d'y recourir pour définir des mesures de prévention.

## Favoriser la mise en place d'une démarche d'autoévaluation

Nous avons voulu élaborer un outil qui soit utilisable par des personnes non spécialisées dans le but de choisir des priorités d'action et/ou de décider d'utiliser des méthodes d'analyse plus sophistiquées.

La FIFARIM est conçue pour attirer l'attention sur une série de dimensions de la situation de manutention qui peuvent contribuer à créer un risque. Pour chacune de ces dimensions, plusieurs aspects sont passés en revue et pour chacun d'entre eux, un dessin ou schéma est présenté pour montrer une situation défavorable, constituant un facteur de risque. Cinq dimensions sont explorées par la fiche:

- les postures adoptées durant la manutention (items 1 à 6);
- l'objet ou la charge manutentionnée (items 7 à 13);
- les caractéristiques de certaines tâches particulières telles que le transport de la charge, les efforts à fournir pour pousser ou tirer la charge (items 14 à 21);
- l'influence de l'environnement de travail (items 22 et 23);
- l'organisation du travail (items 24 à 27).

Pour chaque question posée, il est demandé d'évaluer avec quelle fréquence la situation représentée dans le dessin ou



évoquée dans la question est observée dans le travail analysé, en traçant une croix dans une barre colorée, entre les deux extrémités "souvent" et "rarement".

Au terme de cette première évaluation, une feuille de synthèse est proposée afin de sélectionner les facteurs de risque jugés les plus importants. Pour réaliser cette sélection finale, on demande de tenir compte non seulement de la fréquence du facteur de risque, mais aussi de sa gravité.

Enfin une dernière page est consacrée à la définition des priorités et des moyens de prévention. Elle représente un pas de plus vers l'appropriation de l'analyse et vers l'action. Elle peut aussi être utilisée comme une sorte de contrat, porte ouverte à la confrontation des avis et à la négociation. Cette page est composée de trois parties, les utilisateurs sont invités à

- présenter les particularités des facteurs de risque jugés prioritaires et analyser les causes de ceux-ci en fonction de la tâche et du contexte spécifique de l'entreprise;

- proposer des moyens de prévention, éventuellement sur la base des informations fournies dans le guide lui-même;

- préciser les aspects qui nécessitent un complément d'analyse.

Quel est l'intérêt d'une telle démarche d'autoévaluation ?

- Elle permet de faire prendre conscience des déterminants externes, matériels et organisationnels du bien-être et des risques pour la santé.

- Elle amène une compréhension des modes d'action de ces déterminants et par conséquent des mesures de prévention.

- Elle motive à agir individuellement ou collectivement sur ces déterminants.

- Elle augmente la probabilité d'efficacité de l'action, car elle stimule à réfléchir avant l'action et à définir des priorités d'action.

On peut en outre supposer que les effets de l'autoévaluation

seront renforcés dans la mesure où elle offre des occasions de confrontation des avis des travailleurs entre eux, des travailleurs avec un chef d'équipe ou avec le «spécialiste» en prévention.

**Chantal Vandoorne, Philippe Mairiaux**, Université de Liège, Service de santé au travail et éducation pour la santé (STES / APES) ■

## Bibliographie

MAIRIAUX Ph et al. Manutentions manuelles. Guide pour évaluer et prévenir les risques. Bruxelles: Commissariat général à la promotion du travail, Ministère de l'Emploi et du Travail. 1998: 93p.

MAIRIAUX Ph. Stratégie de prévention du risque dorso-lombaire. Médecine du travail et Ergonomie. 1997: volume XXXIV 3-4, 167-172.

HANGLUND BJA, PETERSSON B, FINER D, TILLGREN P. Créer des environnements favorables à la santé: Exemples donnés à la Troisième Conférence internationale sur la Promotion de la Santé, Sundsvall, Suède. Genève: OMS, 1996:201. (La santé publique en action; 3)

# Le travail des handicapés, facteur de santé mentale ou d'exclusion sociale?

Dans le champ des représentations sociales, l'emploi est souvent perçu comme un facteur central de valorisation et d'insertion sociale pour tout citoyen. Dans la société occidentale de ce deuxième millénaire, travailler signifie gagner de l'argent et, par là, jouer un rôle comme agent économique et occuper une place en tant qu'acteur participant au bon déroulement du fonctionnement de la société à laquelle on appartient.

La valeur "travail" revêt une signification en termes d'utilité, d'identité sociale, de reconnaissance par les pairs, d'acceptation par le groupe, valeur qui, si elle est concrétisée au travers de l'activité professionnelle, devient source de bien-être et d'équilibre mental. L'image de l'individu mentalement équilibré, sain d'esprit, bien dans sa "peau" et dans sa "tête" est encore trop souvent assimilée à celle de l'individu exerçant une activité professionnelle, gagnant un salaire et étant intégré dans un réseau social. Pourtant, certains diront que le travail est générateur de stress et, dans la réalité, le tableau apparaît moins beau qu'il ne paraît.

Le travail constitue, dès lors, une norme socialement définie et acceptée véhiculant au sein des groupes sociaux des représentations et des images. Les représentations sociales qu'ils génèrent conduisent à des attitudes et des comportements normatifs qui, s'ils ne sont pas accomplis, peuvent, dans certains cas, être source de mal-être et de déséquilibre psychologique.

## Une norme ambivalente

En effet, bien que le travail constitue une norme de groupe, il peut cependant devenir, pour certains, un facteur d'exclusion et de discrimination sociale. C'est le cas particulièrement pour les personnes handicapées. Tributaires des représentations véhiculées à leur égard, elles sont souvent perçues comme des individus peu performants, porteurs de déficiences et de manques, dépendants, ne pouvant occuper que des emplois non-qualifiés ou protégés, à faible niveau de responsabilité.

Dans une société basée sur l'image de la performance, dans laquelle l'efficacité



Question Santé - MUYLLE

constitue une valeur centrale, elles deviennent des individus hors normes, soumis à des discriminations négatives les excluant du marché du travail. Au travers de l'image de leur handicap, la valeur travail a pour elles une connotation négative engendrant un sentiment d'inaccomplissement, d'échec, d'incomplétude et d'inadaptation. Garantie d'une intégration sociale réussie, le travail devient pour la personne handicapée un facteur d'exclusion et de déséquilibre. D'une part, facteur de normalisation, il constitue pour elles une reconnaissance ainsi qu'une valorisation sociale; d'autre part, il stigmatise le handicap en mettant en évidence les manques et les incapacités. Cherchant une image positive d'elle-même par l'exercice d'une activité professionnelle, la

personne handicapée se retrouve confrontée à un autre handicap, celui du handicap à l'emploi et de la déficience dans le travail.

Pour les personnes handicapées exerçant un emploi, on constate encore trop souvent que celles-ci sont confinées dans des emplois peu qualifiés, peu visibles, ayant peu de responsabilités. Les plans de carrière sont, pour elles, quasiment inexistantes ainsi que les promotions. Qu'en est-il dès lors de la valorisation tant attendue par l'exercice d'une activité professionnelle?

## Allocation ou emploi?

Par ailleurs, si pour la plupart des citoyens travailler signifie gagner de l'argent et constitue une nécessité économique, la

voir" pour imaginer les réactions de questionnaires non informés. C'est la raison pour laquelle la stratégie utilisée a été d'informer en permanence les différents niveaux du contexte organisationnel des changements mis en place en tentant de les associer progressivement au processus. Certains projets qui s'inscrivent dans le développement futur des activités de promotion de la santé en milieu hospitalier ont des répercussions directes dans les impératifs de gestion des ressources matérielles et humaines. Il suffit de penser à l'encouragement du développement des chambres mixtes (parents-enfants) pour permettre aux parents qui le désirent, de trouver les conditions minimales pour accompagner leur enfant durant son séjour. Un tel projet comporte des impératifs budgétaires importants ainsi que des enjeux spécifiques dans la façon d'envisager l'hospitalisation pédiatrique, qui ne peuvent être seulement portés par les soignants.

## De l'évaluation de processus à l'évaluation de résultats

Pour assurer la pertinence, l'efficacité et les effets de l'implantation des activités d'éducation et de promotion de la santé en milieu hospitalier pédiatrique, plusieurs collectes de données se sont avérées indispensables auprès des différents acteurs.

## Evaluation de la pertinence des résultats intermédiaires

Une première collecte de données permanente par observation directe et focus group auprès des soignants a permis de garantir le développement de la pertinence des activités d'éducation et de promotion de la santé et leur adéquation à répondre de manière la plus précise à la diversité des attentes des différents acteurs. Cette collecte de données avait pour objectif de pouvoir porter les remédiations nécessaires aux stratégies implantées dans les services.

A titre d'exemple, il s'est avéré que le fait de proposer d'emblée des activités spécifiques pour les adolescents hospitalisés dans le cadre de pathologies chroniques ne semblait pas résoudre le problème de leur "errance" au sein de la structure hos-

pitrière. Une analyse plus approfondie de leurs attentes a révélé que la majorité d'entre eux avaient de grosses difficultés à exprimer ce qu'ils pouvaient attendre de l'hôpital étant donné qu'ils ne comprenaient pas le motif de cette hospitalisation. L'explication de ce motif devenait un préalable à la proposition ou la construction d'un programme d'activités éducatives et ludiques pour agrémenter leur séjour.

## Evaluation des résultats et des effets pour les différents acteurs

Même s'il paraît difficile d'évaluer à long terme la garantie de permanence et d'intensité des changements mis en place dans le contexte de ce projet, il est cependant possible de déterminer ses résultats et son impact, tels qu'ils sont perçus par les acteurs concernés.

Trois collectes de données (correspondant aux trois catégories d'acteurs, à savoir les parents, les enfants et les soignants) ont été effectuées à cette fin.

Une première collecte de données a été entreprise par questionnaire auprès des parents, outil adapté sur base du questionnaire utilisé lors de la première phase de ce projet. Un échantillon de soixante familles a été retenu pour cette évaluation (20 par services concernés par l'évaluation).

Les résultats ont été traités de manière quantitative et permettent de mettre en évidence:

- une augmentation de la satisfaction globale de la prise en charge;
- une augmentation dans la perception de la qualité de la relation et du respect de l'enfant, de son intimité;
- une augmentation réelle dans la déclaration d'acquisition de compétences et de connaissances pour la gestion de la maladie et des traitements de l'enfant;
- une augmentation de la satisfaction dans la reconnaissance du rôle de partenaire que les parents peuvent assumer lors de l'hospitalisation d'un enfant.

A ces informations, s'ajoutent les données issues par observation du comportement des parents lors de l'hospitalisation d'un enfant, observation effectuée par des soignants:

- une diminution sensible de leur agressivité

et des incidents relationnels dans les services;

- une grande disponibilité des parents pour partager la vie quotidienne de leur enfant;
- une plus grande compréhension à l'égard des soignants (manque de disponibilité, variation d'humeur,...);
- un réel désir de volonté d'apprentissage de la part de la majorité des parents.

Un recueil implicite d'informations a été organisé de manière ponctuelle par quelques soignants auprès des enfants hospitalisés en mesure de s'exprimer sur le vécu de leur séjour. De cette collecte et des observations des soignants, il apparaît que l'enfant manifeste son contentement de la présence parentale et sa satisfaction quant aux relations avec les soignants. Les soignants constatent également beaucoup moins de crises lors des repas ou lors du sommeil ainsi qu'un nombre nettement inférieur de réhospitalisations à très court terme. Une des hypothèses explicatives de ce constat porte sur le fait que l'association progressive des parents au processus de soins lors de l'hospitalisation les prépare davantage à assurer la continuité des soins à domicile par une formation directement adaptée. De plus, le souci des soignants d'intégrer au maximum les conditions de vie de la famille dans cette formation la rend plus adéquate aux ressources et aux contraintes spécifiques de chaque famille.

La collecte de données auprès des soignants s'est essentiellement effectuée par focus group, à l'exception d'une équipe où les soignants ont préféré s'exprimer par écrit. Des informations collectées et traitées, il apparaît que les résultats se situent à plusieurs niveaux.

A un niveau individuel,

- un sentiment d'utilité accru envers les enfants et leurs familles, ce qui renforce la perception de leur propre estime;
- un accroissement du sentiment d'affirmation personnelle de leur propre rôle (qui ne se limite pas uniquement à un rôle d'exécutant);
- la perception d'un impact plus important et plus direct de leurs interventions;
- une prise en charge plus appropriée parce que plus personnalisée et donc plus adéquate au vécu de l'enfant et de sa famille;

corroborent les résultats obtenus lors de l'analyse effectuée par Deccache et al (1998)(7). Les résultats indiquent cependant une reconnaissance, par les soignants, de leur rôle d'acteur en promotion de la santé. Ces résultats rejoignent l'évaluation effectuée par McBride (1994)(8).

Bien que des barrières existent, cette perception du rôle s'est avérée un point de départ utile pour la suite de ce projet. Il était en effet primordial de construire une stratégie qui rende opérationnelle cette reconnaissance de rôle.

L'analyse des pratiques contextualisées par observation directe a permis de mettre en évidence que les barrières décrites par les soignants reposent davantage sur la crainte de l'échec (l'absence de droit à l'erreur) et l'imprévisibilité des changements à mettre en place (notamment sur la reconnaissance institutionnelle de la fonction de promotion de la santé des soignants ou sur une perte de pouvoir) que sur les conditions "plus matérielles" de l'implantation de la promotion de la santé. Un des questionnements les plus importants porte sur les implications directes de cette fonction dans la relation avec les patients.

La stratégie d'implantation ne pouvait donc se limiter à accroître les compétences des soignants en promotion de la santé (même si cet aspect ne pouvait être négligé) mais devait également s'élargir à une analyse concrète des implications directes dans la relation avec les enfants hospitalisés et leur famille.

Une stratégie basée sur la supervision et l'intervision des pratiques (en changement) s'avérait donc plus pertinente qu'une simple stratégie de formation.

### De l'évaluation des intrants à l'évaluation de processus

L'implantation des activités d'éducation et de promotion de la santé en milieu hospitalier a un impact direct sur la conception et le développement des relations entre les patients hospitalisés et les soignants(9). En effet, un des principes de base de la promotion de la santé reconnaît au "bénéficiaire" un rôle d'acteur, qui n'est plus uniquement l'apanage des soignants. La promotion de la santé nécessite donc de fait un processus de partenariat. La qualité

des changements mis en place dépendra de la qualité de construction mutuelle entre les différents acteurs aux différents moments du processus. Dans le contexte de l'hospitalisation pédiatrique, ce partenariat s'étend obligatoirement à la famille de l'enfant hospitalisé.

Considérer la famille comme partenaire dans un processus de prise en charge implique des modifications de pratiques de la part des soignants. Ces modifications sont de plusieurs ordres:

- associer la famille nécessite de pouvoir évaluer très rapidement les compétences que les familles possèdent et leur capacité de mobilisation;
- associer la famille nécessite de pouvoir développer ses capacités à investir dans un processus de partenariat lorsque celles-ci font défaut;
- associer la famille comme partenaire nécessite également d'accepter de perdre le pouvoir total (sans pour autant perdre le contrôle) sur le processus de prise en charge;
- associer la famille implique également de reconsidérer l'hospitalisation d'un enfant dans le contexte d'une histoire familiale et de permettre que ce type de prise en charge obligée prenne sens dans ce contexte historique spécifique.

La promotion de la santé en milieu hospitalier nécessite donc de la part des soignants une recherche permanente d'informations pour adapter leurs actions au niveau auquel les enfants et leur famille se situent. C'est ainsi que de nouveaux outils de collecte de données ont été créés afin de mieux cerner les enjeux familiaux associés à l'hospitalisation mais également de mieux appréhender le milieu d'origine de l'enfant.

Cette meilleure connaissance vise à pouvoir identifier les ressources directement disponibles dans la famille ainsi que les ressources potentiellement mobilisables pour aider l'enfant lors de son séjour. Parmi ces outils, on compte une fiche qui répertorie les habitudes comportementales de l'enfant pour le repas, le sommeil, le bain... de manière à reproduire au maximum les conditions de vie de son milieu d'origine pour lui permettre de reconsidérer plus facilement ses repères.

On trouve également le **génogramme**. Il s'agit d'une représentation graphique de la configuration familiale associée à une

cartographie de relations entre les différents membres (intensité des relations, qualité de la relation, mode de la relation,...). Cet outil, souvent réalisé sous forme de jeu avec l'enfant est une occasion unique de mieux percevoir la constellation familiale de l'enfant et de repérer les personnes qui sont importantes pour lui dans sa vie quotidienne. Cette représentation permet également de mieux comprendre la place que l'enfant occupe dans sa famille et les rôles qui lui sont attribués. Elle permet également d'accéder à l'information relative à l'histoire des maladies dans la famille et donc à l'expérience rencontrée par l'enfant à ce sujet. Autant d'informations qui permettront aux soignants de donner du sens directement accessible à l'enfant au travers de leurs actes et discours.

L'association progressive des parents au processus de soins est également une des activités les plus importantes réalisées dans le cadre de ce projet, bien que très controversée par les soignants lors de son élaboration. La majorité des soignants craignaient un contrôle permanent de la part des parents, la perte de la dimension relationnelle avec l'enfant, une perte importante de temps alors qu'il fait souvent défaut, et finalement peu d'utilité pratique pour l'enfant.

Une attention toute particulière est également accordée à la spécificité de la prise en charge de l'adolescent hospitalisé en service pédiatrique, en tentant de développer une prise en charge qui rencontre les besoins spécifiques de cette tranche d'âge.

Un aspect également important du processus mis en place concerne la prise en compte du système institutionnel dans sa globalité et dans sa spécificité. La reconnaissance chez les soignants de la fonction d'acteur en promotion de la santé nécessite une légitimation institutionnelle au risque d'être considérée ou vécue comme menaçante pour l'institution. Il suffit d'aborder le concept de "partage de pou-

7 Deccache A. et al, 1999. "Promouvoir la santé dans les milieux de soins et les hôpitaux: une enquête en Communauté Française de Belgique, Promotion et Education (à paraître)

8 McBRIDE A, 1994. "Health promotion in hospitals: the attitudes, beliefs and practices of hospital nurses", *Journal of Advanced Nursing*, 20, 92-100.

9 GILBERT T., 1995. "Nursing: empowerment and the problem of power", 21, 865-871

pour les personnes handicapées tributaires d'une allocation cela constitue un risque: celui de perdre cette allocation et la sécurité qu'elle leur procure. Face à la précarité et à la pénurie d'emplois, la personne handicapée se retrouve face à un choix contradictoire: occuper un emploi rémunéré au risque de perdre son allocation, garder son allocation au risque de se retrouver exclue du marché de l'emploi. Ajoutons que cette contradiction se trouve renforcée par les images opposées que suscitent le salaire et l'allocation. Avoir un salaire renvoie à l'image d'indépendance, d'autonomie, de gratification, de valorisation; disposer d'une allocation suscite une image de dépendance, d'incapacité, de passivité, de marginalité.

La personne handicapée se retrouve au cœur même d'un processus contradictoire, déséquilibrant au niveau mental, dans lequel le travail rémunéré lui ferait perdre la sécurité du revenu par l'allocation. Ne

devrait-elle pas, dès lors, chercher à être un actif "socialement favorisé" plutôt qu'un travailleur?

Cette question est d'autant plus pertinente que les entrepreneurs ont, eux aussi, des freins quant à l'emploi des personnes handicapées. Trop souvent encore les employeurs perçoivent la personne handicapée comme un enfant peu autonome et peu performant, représentations mentales en totale opposition avec celles de performance, de polyvalence, d'indépendance qu'évoque pour eux le travail.

### Dépasser les contradictions

L'emploi et le travail, par les représentations sociales dont ils sont l'objet, plongent la personne handicapée dans un ensemble de contradictions: image valorisante de l'activité professionnelle en opposition avec l'image de manque qu'in-

duit le handicap, reconnaissance sociale, acquise par le biais d'un salaire en opposition avec l'état de dépendance sociale qu'induit l'allocation, sécurité de revenu par l'allocation en opposition avec la part de risque financier qu'induit l'acceptation d'un travail rémunéré. Sources de déséquilibre mental, ces contradictions sont névrogènes pour l'individu qui y est confronté. Ne faudrait-il pas dès lors par des actions de promotion de la santé aider les personnes handicapées à gérer ou à dépasser ces contradictions? Des actions devraient être entreprises en vue d'amener un changement des représentations sociales du handicap et de l'emploi afin que des attitudes positives émergent permettant de trouver à la fois l'équilibre de la personne et l'équilibre social et économique sur le marché du travail.

**Geneviève Bazier**, CRETH, Département de psychologie, FUNDP ■

## Des menus équilibrés en collectivité

### L'expérience de Carolo-Cardio-Santé

Carolo-Cardio-Santé est un programme de promotion de la santé cardio-vasculaire développé dans la ville de Charleroi. Il rassemble une cinquantaine de partenaires venus de secteurs divers (médecins, paramédicaux, écoles, IMS, PMS, syndicats, mutuelles, entreprises, services sociaux...).

Dans le cadre du groupe de travail "entreprises", une première formation sur l'alimentation équilibrée fut organisée en 1994. Elle comprenait une formation théorique en diététique.

Sur base de l'évaluation réalisée en 1994, une nouvelle formation fut conçue pour être mieux adaptée aux conditions dans lesquelles travaille le personnel de cuisine. Elle fut proposée en 1996 au Centre P.M.E. Formation de Charleroi. Elle comprenait des notions théoriques de diététique (6 heures), une partie pratique en cuisine (7 heures), des notions de marketing (3 heures) et un suivi-supervision (4 heures).

21 personnes (venant de 13 sociétés) assistèrent aux modules de théorie et 14 d'entre elles prirent part à la pratique.

La formation fit l'objet d'une évaluation de la satisfaction des participants. La diététique et la pratique furent très appréciées; le marketing connut un succès moindre. Six mois plus tard, un questionnaire fut envoyé à tous les participants pour connaître la façon dont leur pratique avait évolué. Neuf organismes sur treize répondirent. Six sur neuf déclarèrent proposer un menu équilibré à leur clientèle (trois institutions pour personnes handicapées, deux résidences pour personnes âgées et une entreprise de catering). Les autres avaient introduit des modifications dans leurs menus (diminution des graisses et du sel par exemple).

D'autre part, trois expériences de menus équilibrés en collectivité furent suivies de manière plus détaillée: un restaurant d'hôpital, un restaurant d'entreprise dépendant du C.P.A.S. de Charleroi et un restaurant communautaire. Une étude de marché fut réalisée dans le restaurant communautaire dans le cadre d'un travail pratique d'un étudiant en marketing. Les deux autres restaurants firent l'objet d'un mémoire d'étudiants en diététique et d'un mémoire d'étudiants en marketing.

Le travail des étudiants diététiciens consista à développer un outil permettant

de facilement concevoir des menus équilibrés sur base d'un classement des aliments en trois catégories, selon leur composition et les quantités recommandées lors du repas principal.

Ces trois expériences ont permis de mieux connaître les difficultés auxquelles il faut être attentif dans un tel projet:

- attitude du personnel du mess par rapport à la vente des menus équilibrés;
- représentation du menu santé au niveau du personnel du restaurant;
- manque de recherche dans la présentation du produit;
- attente de la clientèle.

La formation est de nouveau proposée cette année par le centre P.M.E. Formation de Charleroi avec un succès croissant. Une collaboration se met en place avec l'Association belge contre le cancer pour une diffusion plus large. Une enquête sur les représentations de santé des cuisiniers participant à la formation est en cours de dépouillement par l'Observatoire de la Santé du Hainaut.

**Dr Christian Massot**, Carolo-Cardio-Santé ■

## Promotion de la santé mentale dans les milieux défavorisés

La promotion de la santé implique que, dans les recherches et les actions de prévention, il soit tenu compte des déterminants environnementaux sociaux de la santé. De plus, dans ce nouveau paradigme, la santé comprend la santé mentale et elle inclut le bien-être physique et psychologique.

Dans l'ouvrage *Connaissance des pauvres*<sup>(1)</sup>, nous avons pu montrer que la recherche scientifique ne peut réellement prétendre aborder la pauvreté que si elle se donne les moyens de repartir de la connaissance que les personnes pauvres ont d'elles-mêmes. En outre, nous avons tenté de montrer que la connaissance scientifique est tributaire de représentations sociales tronquées et que si elle veut tendre à l'objectivité, elle doit admettre la confrontation avec les représentations sociales des populations les plus défavorisées, en ce qui concerne leur propre mode d'existence.

Si l'on veut, en promotion de la santé, tenir compte des facteurs sociaux, il faut considérer les représentations sociales de la santé. Si la santé comprend la santé mentale, il s'agit de changer les représentations sociales qui excluent la santé mentale du champ de la santé. Si nous prétendons étudier la santé mentale dans les populations pauvres, nous devons modifier nos propres représentations sociales et repartir de l'existence des représentations propres à ces populations. La rupture et l'ouverture épistémologique impliquent que l'approche de la santé mentale des populations pauvres tienne compte des représentations sociales à différents niveaux de recherche et d'action : il s'agit avant tout de clarifier la notion de santé mentale qui correspond à ces populations.

Les théoriciens des représentations sociales sont tous d'accord pour affirmer que la signification d'un comportement ne peut être saisie que si l'on fait apparaître les images sociales qui donnent sens à ce comportement, dans un contexte social particulier. Il en est de même pour les concepts dont la fonction est de rendre cognitivement compte d'une réalité : c'est

le cas pour le concept de santé mentale, dont il s'agit de saisir la signification. Pour répondre à cette exigence épistémologique, des hypothèses méthodologiques ont été formulées : hypothèse de transformation, de complémentarité, de réalité décentrée, généalogique. Nous en présentons brièvement l'enjeu.

**L'hypothèse de transformation** implique que, pour comprendre la signification de ce qu'est la santé mentale pour une population défavorisée, nous ne projetions pas notre conception du bien-être, relatif à notre fonctionnement culturel et de notre condition sociale de vie. Nous devons transformer notre perception et tenter de saisir la notion de bien-être en fonction de la population concernée, de sa culture et de ses conditions sociales de vie. Nous avons constaté, par exemple, que le plaisir de la maternité en milieu sous-prolétaire était très différent du plaisir de la maternité dans des populations favorisées. L'enfant a une autre fonction symbolique et sociale.

**L'hypothèse de complémentarité** nous permet de montrer que l'interprétation d'un comportement dans une totalité différente, dans une autre culture et un autre environnement social, nous permettent de comprendre le sens des comportements dans notre propre totalité. Certains aspects de la notion d'équilibre mental dans les populations défavorisées nous permettent de mettre en question certains contenus idéologiques de l'équilibre mental dans les populations favorisées, par exemple, autour de la valorisation et du bien-être fournis par le travail : dans une société où il n'y a pas de travail pour tous, faut-il absolument considérer le travail comme unique lieu d'équilibre mental et social ?

**L'hypothèse de la réalité décentrée** nous montre que nous avons tendance à interpréter en termes de manques, d'incompétences, d'incapacités, ce qui est différent des repères culturels et idéologiques de notre milieu d'appartenance sociale. Il s'agirait de se décentrer en tentant d'interpréter la réalité avec le regard

de l'autre, même si ses comportements sont différents : par exemple, la promiscuité engendrée par l'habitat dans les milieux immigrés, est-elle source de déséquilibre mental pour l'enfant ou, au contraire, n'est-elle pas un lieu de convivialité qui engendre un type d'équilibre psychologique que nous ne connaissons plus dans nos milieux de vie ? Il s'agit de réinterpréter notre mode de vie, en envisageant les aspects positifs de modes de vie différents.

**L'hypothèse généalogique** nous montre que nous ne pouvons interpréter un comportement qu'en envisageant l'histoire du contexte social dans lequel ce type de comportement s'est développé. Comment expliquer par l'histoire d'un milieu social, le sens de telle ou telle conduite ? De cette manière, nous pourrions peut-être mieux comprendre, comme facteur d'équilibre mental, les rites, les symboles, les références culturelles que certaines populations immigrées continuent à utiliser, plutôt que de les juger comme négatifs ou comme volonté de se maintenir dans des ghettos. Cette hypothèse généalogique nous montre qu'il s'agit de respecter la différence d'équilibre mental, sans tomber dans une volonté excessive d'assimilation des populations pour qui cela a un sens identitaire de conserver leurs traditions, fussent-elles étranges dans notre contexte social et culturel.

Nous sommes persuadés que ces regards nouveaux sur les réalités d'autrui sont des outils qui respectent le paradigme actuel de la promotion de la santé et correspondent aux exigences d'une pratique scientifique qui met en œuvre des attitudes émancipatoires pour les populations que nous étudions. Nous espérons avoir pu montrer en quelques lignes, qui pourraient, par ailleurs, être développées, que l'approche du concept de représentation sociale est pertinente dans une telle perspective.

**Michel Mercier**, Département de Psychologie, Faculté de Médecine, FUNDP ■

<sup>1</sup> Fontaine et al, *La connaissance des pauvres*, Academia Bruylant, Les Editions Travailler le Social, 1996.

de scinder les différents types d'évaluation au risque de perdre la richesse de leurs interactions.

### Analyse de la problématique initiale jointe au contexte

L'hospitalisation d'un enfant est souvent un moment de crise, de déstabilisation, d'angoisse pour les familles. Les soignants confrontés à la prise en charge des enfants sont quotidiennement témoins que ces sentiments accompagnent les parents durant le séjour hospitalier et peuvent prendre des formes variées dans leur



FLEMAL

mode d'expression: besoin incessant d'informations au sujet de la maladie et des traitements, revendications de tous ordres, volonté de présence permanente au chevet de l'enfant ou au contraire prise de distance pour éviter d'être confrontés à une angoisse additionnelle.

L'enfant est le premier à percevoir ces sentiments négatifs et se sent souvent coupable d'avoir amené ses parents à l'hôpital et de les contraindre à cette expérience. Ce sentiment de culpabilité s'ajoute alors à la souffrance, l'isolement, l'affaiblissement que lui imposent la maladie et son traitement.

L'hospitalisation d'un enfant introduit donc une mise entre parenthèse quasi obligée de tous ses apprentissages en créant une série de ruptures successives:

rupture de son environnement familial, rupture de son environnement scolaire, rupture de la toute-puissance qu'il attribue à ses parents dans leur capacité de résoudre tous les problèmes, rupture de sa propre image de soi et selon l'âge, rupture de relations privilégiées à la fratrie,... Ces ruptures seront vécues différemment selon l'histoire de l'enfant et selon son âge.<sup>(4)</sup>

Si l'hôpital remplit depuis toujours les fonctions matérielles de base de l'enfant (nourriture, habillement, hébergement), les fonctions sociales et affectives ont été pendant très longtemps ignorées. C'est ainsi que les personnes qui étaient les plus

collecter la diversité des points de vue relatifs à l'optimisation de la prise en charge auprès des personnes concernées par l'hospitalisation d'un enfant: l'enfant lui-même, ses parents, les soignants mais aussi les responsables institutionnels concernés par la gestion de la structure hospitalière.

L'analyse de cette diversité a permis de mettre en évidence que les attentes étaient nombreuses et loin d'être convergentes. La diversité de ces points de vue a permis d'enrichir la vision de la problématique et d'ouvrir des pistes de solutions nouvelles.<sup>(6)</sup>

### De l'évaluation de contexte à l'évaluation d'intrants

L'analyse de la problématique dans sa diversité d'expression auprès des acteurs concernés et l'analyse des ressources disponibles a permis de définir une stratégie d'implantation basée sur un processus d'intervision et de supervision. Il s'agissait de développer des pistes nouvelles susceptibles d'être porteuses de changement dans l'optimisation de la prise en charge des enfants hospitalisés. La promotion de la santé basée sur l'implantation d'activités d'éducation pour la santé et l'instauration d'un contexte favorable à leur développement s'est vite imposée pour l'ensemble des acteurs comme cadre porteur de ce changement. C'est donc au départ des pratiques contextualisées des soignants que le processus d'implantation s'est développé.

L'analyse de contexte auprès des soignants met en évidence que différentes barrières étaient perçues à l'implantation et au développement d'activités d'éducation pour la santé à destination des enfants hospitalisés et de leur famille: manque de temps, insuffisance des ressources, manque de compétences, absence de continuité dans les soins et manque de soutien institutionnel. Ces résultats

proches des enfants (les parents) étaient considérés comme des visiteurs occasionnels et l'enfant se voyait contraint de vivre avec des personnes qui lui étaient étrangères.

Comprendre les fonctions que les familles remplissent auprès de l'enfant ainsi que leurs modalités pratiques peut aider les soignants à organiser leurs soins vers une approche plus globale centrée sur l'enfant et sa famille. La promotion de la santé à l'hôpital s'inscrit dans cette perspective en cherchant d'abord à offrir un environnement contextuel favorable, notamment en réorientant les pratiques dans les services de santé et en favorisant la participation active de tous les acteurs.<sup>(5)</sup>

Dans le cadre de ce projet de recherche-action, une première phase a consisté à

<sup>4</sup> Renard C., Meremans P., Malvaux P., Deccache A., 1998. "Promotion de la santé de l'enfant hospitalisé: l'approche participative en recherche-action", *Promotion & Education*, Vol V, pp 15-22.

<sup>5</sup> O.M.S., 1986, *Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé: une conférence internationale pour la promotion de la santé: vers une nouvelle santé publique.*

<sup>6</sup> Renard, 1997. "La promotion de la santé à l'hôpital: comment développer un processus d'empowerment avec les familles d'enfants hospitalisés", *Education Santé*, N° 119, juillet-août 1997, pp 7-14

comme par exemple la mise en place de nouvelles structures.

Cette démarche nouvelle nous oblige à penser santé plutôt que maladie, à penser participation des acteurs dans la démarche plutôt que dépendance. Cette notion d'autogestion de la santé reste à dé-

velopper, aspect sans doute le plus difficile qui nécessite des changements de mentalité notamment dans les hôpitaux.

"Développer la promotion de la santé est bien plus que donner des informations à propos de la santé. Il s'agit d'efforts concertés pour que tous les secteurs de

l'hôpital donnent la possibilité et encouragent les individus à adopter des comportements de santé adéquats." (traduit de "Health Promotion Wales")

**B. Chenoix, UCL, J. Dumont, ULB, C. Gilles, ULg ■**

## Promotion de la santé en hôpital pédiatrique

La promotion de la santé en milieu hospitalier connaît un essor grandissant depuis le lancement par l'O.M.S. du mouvement des "Hôpitaux Promoteurs de Santé"<sup>(1)</sup>. Deux orientations distinctes sont alors possibles pour son implantation: soit agir au niveau des contextes organisationnels pour faire reconnaître cette nouvelle "discipline" comme partie intégrante des fonctions que l'hôpital doit remplir, soit agir au niveau des pratiques des soignants en développant les activités d'éducation et de promotion de la santé au départ des actions qu'ils posent dans le quotidien. Ces deux stratégies doivent nécessairement se rencontrer pour assurer la légitimation de l'implantation de cette discipline et offrir aux soignants une aide pour développer et intégrer cette discipline dans leur pratique. C'est à ces conditions que la promotion de la santé trouvera ses lettres de noblesse dans le secteur hospitalier.

Le présent article présente une stratégie d'implantation au départ de la pratique des intervenants. Le contexte est celui d'un projet de recherche-action portant sur l'optimisation de la prise en charge de l'enfant hospitalisé et de sa famille.

### Cadre conceptuel de l'évaluation

L'approche contextualiste<sup>(2)</sup> développée par Pettigrew, (1985) offre un cadre conceptuel à l'évaluation en considérant le changement, non seulement comme une suite d'événements ou d'étapes intervenant dans un laps de temps défini, mais en cherchant à expliciter les mécanismes et les processus qui ont permis l'émergence et le maintien du changement ainsi que les éléments qui lui donnent sens.

Une telle perspective situe le changement au carrefour de trois concepts-clés qui

constituent trois dimensions dont l'interaction permet d'appréhender la dynamique: le contexte, le contenu et le processus.

Le contexte est considéré tant au niveau interne (opérationnel) qu'externe (environnement social, économique et politique), le contenu porte sur les domaines soumis à la transformation et le processus reflète l'ensemble des actions, réactions et interactions entre les parties concernées par le changement. Ce processus intègre donc le jeu de forces entre les acteurs, leurs pratiques et leurs interactions dans un temps donné.

Ce schéma d'analyse, appliqué à l'implantation de la promotion de la santé en milieu hospitalier, refuse de considérer le contexte hospitalier comme un ensemble de contraintes qui déterminent ce processus d'implantation et son développement. A ce titre, Pettigrew<sup>(3)</sup>(p 277) précise: "le contexte n'est pas seulement un environnement mais une composition de structures et de processus dans lesquels les interprétations subjectives des acteurs dans la perception, la compréhension, l'apprentissage et la rétention aident à donner forme au processus".

Le contexte est donc à ce titre associé dans la production du changement qui l'anime. Les implications directes de ce modèle contextualiste sur le processus même d'évaluation reposent sur l'insuffisance des seuls critères d'évaluation proposés par les partisans de la planification stratégique, à savoir le rapport entre les résultats obtenus et les objectifs initiaux. Le champ de l'évaluation s'élargit à l'appréciation de la performance (adaptation au contexte) ainsi qu'au degré de satisfaction conjointe d'intérêts divergents des acteurs impliqués dans le processus. L'évaluation porte alors sur les résultats émergeant en cours de processus et introduit

le concept de temporalité dans l'évaluation.

Quatre niveaux d'évaluation sont donc à prendre en considération: l'évaluation de contexte, l'évaluation d'intrants, l'évaluation de résultats et l'évaluation de processus.

L'évaluation de contexte porte sur les finalités et les ressources disponibles, l'évaluation d'intrants porte sur les moyens nécessaires dans la définition et l'implantation du processus, l'évaluation des résultats porte sur la qualité des changements (indicateurs d'efficacité) alors que l'évaluation de processus porte sur l'optimisation de l'utilisation des ressources disponibles dans l'implantation du changement (indicateurs d'efficacité).

Ces quatre niveaux se situent différemment dans le développement du projet de recherche-action.

L'évaluation de contexte, jointe à l'évaluation des intrants, correspond à la phase de conception du projet de recherche-action, alors que l'évaluation de processus et l'évaluation de résultats ne sont possibles qu'en cours et après l'implantation effective du projet. Ces deux évaluations poursuivent comme objectif de porter les remédiations nécessaires en cours de processus pour enrichir les résultats obtenus et analyser la transférabilité du processus au terme du projet. La présentation des informations nécessite cependant

1 O.M.S., 1991, Déclaration de Budapest: Objectifs du réseau des hôpitaux promoteurs de santé.

O.M.S., 1997, Déclaration de Vienne: stratégies d'implantation

2 PETTIGREW A.M., 1985, "Contextualist research: a natural way to link theory and Practice", in LAWLER III, E.E., *Doing Research that is useful for theory and practice*, San Francisco, Jossey-Bass, pp 222-249.

3 Pettigrew A.M., 1990, "Longitudinal Field Research on Change: Theory and Practice", *Organization Science*, vol.1, n°3, pp 267-291.

## Jeunes familles en grande pauvreté et travail social

### Un outil de formation destiné aux professionnels

#### Historique du projet

L'O.N.E. (anciennement Oeuvre Nationale de l'Enfance) est devenue depuis la communautarisation Office de la Naissance et de l'Enfance et pour la partie néerlandophone du pays «Kind en Gezin», ce qui signifie «Enfant et Famille».

Ces deux organismes exercent la tutelle sur la protection maternelle et infantile pré- et post-natale, les crèches, les maisons maternelles et autres lieux d'accueil de crise.

Les relations entre l'O.N.E. et le Mouvement ATD Quart-Monde sont très anciennes et datent de plus de 20 ans. Au début, le Mouvement a été régulièrement consulté dans les matières relevant de la grande pauvreté.

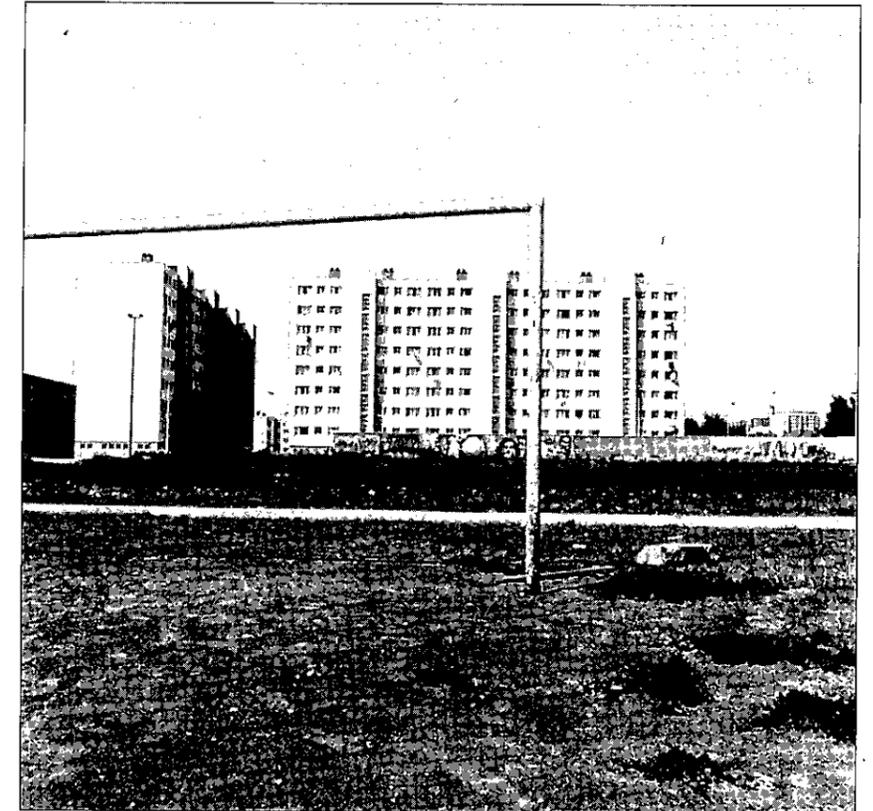
En 1988, le Mouvement est invité à siéger au conseil d'administration de l'O.N.E. à titre d'observateur. Il partage cette invitation avec la Ligue des Familles, association pluraliste de défense des familles.

C'est grâce à cela que le Mouvement apprend à connaître le Fonds Houtman. Ce Fonds, richement doté, a pour mission de financer des actions ou des recherches destinées à venir en aide à l'enfance en difficultés physique, psychologique ou sociale.

Ces actions et recherches auront, prévoit le Fonds, un caractère innovant.

Au début des années 90, le Fonds décide d'axer deux années sur la lutte contre l'exclusion sociale.

Le Mouvement ATD Quart-Monde introduit un projet au Fonds Houtman. Ce projet prévoit une triple approche recherche-action-formation. Le Fonds Houtman demande au Mouvement de revoir son projet. Il estime, qu'en terme d'action, le Mouvement n'a plus grand chose à prouver. Par contre, il estime que l'expérience accumulée au sein du Mouve-



Question Santé - COX

ment devrait lui permettre de bâtir une formation.

Après réflexion, le Mouvement accepte et introduit un projet de formation.

#### Motivation fondamentale

Toute personne qui travaille dans le domaine de la grande pauvreté est amenée à faire cette constatation: au-delà du seuil de la grande pauvreté, l'action sociale semble s'essouffler, perdre de son efficacité alors même que les besoins sont particulièrement criants. Il y a là un paradoxe.

En bonne logique, on pourrait penser que plus le besoin est grand, plus l'action sociale sera déterminée, efficace. Loin s'en faut. Il faut garder à l'esprit que la grande pauvreté a pour corollaire l'exclusion sociale. Sur le terrain, lorsqu'on entend les familles sous-prolétaires parler des travailleurs sociaux, les propos sont rarement élogieux. Le discours est marqué

par la peur, l'incompréhension, le refus d'être contrôlé par des professionnels qui, dit-on, ne comprennent rien à la vie réellement vécue.

Si l'on écoute les travailleurs sociaux parler des familles en grande pauvreté, là aussi, le discours est lourd de sens: familles lourdes, à fonctionnellement étrange, à problèmes multiples, sans qualités, fuyantes...

Le contrôle prend le pas sur l'aide et cela crispe un peu plus encore chacun sur ses positions.

On peut donc schématiser en disant que les familles ne croient pas que le travailleur social va les aider à émerger de la grande pauvreté. Les travailleurs sociaux, quant à eux, sont désespérés.

Ils ont une vision très négative des familles qui les mettent en échec. Il faut ajouter à cela le poids d'une hiérarchie, ceci est très présent en Belgique, qui est plus préoccu-

pée par l'absence de scandales aussitôt médiatisés que par une vraie promotion dans et par les familles.

La formation a pour but essentiel de jeter à nouveaux des ponts, de recréer un partenariat, des synergies entre familles et travailleurs sociaux pour lutter contre ce qui reste un scandale permanent: la misère.

Une autre motivation de la formation est de soutenir les acteurs de terrain, de leur permettre de réfléchir ensemble au-delà des clivages de leurs institutions. Au départ, nous avons ciblé trois grands domaines: l'enseignement et la culture, la santé et l'action sociale. en pensant qu'il était utile que ces acteurs aient l'occasion d'échanger entre eux.

Cet échange a eu un double avantage. Il permet une approche moins unisectorielle de la misère et aussi une meilleure compréhension de ce que font et ne font pas les travailleurs sociaux des autres services.

En ce qui concerne le domaine de la santé, il faut noter que c'est essentiellement le secteur préventif (O.N.E., I.M.S., P.M.S.) qui a participé. Deux médecins, tous deux extrahospitaliers ont aussi collaboré.

Enfin le secteur de l'action sociale a été très bien représenté (CPAS, SA), institutions pour enfants...).

L'évaluation permet de dire que l'échange entre les participants venus d'horizons institutionnels divers est un point positif. Cet échange utile ne se fait que peu dans la pratique quotidienne.

### Les objectifs de la formation

Un premier objectif de la formation est de mettre en valeur le savoir d'expérience des familles très pauvres. Les familles, au fil des générations, ont développé des savoirs, des savoir-faire et savoir-être qu'il faut apprendre à connaître et à reconnaître pour, à partir de là, développer l'action.

Un deuxième objectif est de mettre en valeur l'expertise des intervenants de terrain. Cette expertise pourtant bien réelle est souvent méconnue. La formation vise à l'échange, au partage des savoirs, du savoir-faire et savoir-être des participants.

Un troisième objectif est d'inviter à un partenariat avec les familles très pauvres c'est-à-dire susciter la participation effective de la famille dans la réflexion, la discussion et la mise en oeuvre.

Ce partenariat est lui-même formateur en ce sens qu'il implique des corrections vers une plus grande adéquation avec la réalité vécue par les familles.

Enfin la formation veut mettre l'accent sur les réussites, les progrès, les voies nouvelles prometteuses. Le formateur a pour but constant de lutter contre une vue fataliste de la misère et au contraire de valoriser de petites et grandes victoires qui jour après jour font reculer la misère et l'exclusion.

### Les partenaires du projet

Le Fonds Houtman a agréé le projet et a financé l'ensemble.

Le Mouvement ATD Quart-Monde a piloté la formation. Des volontaires, surtout au début, ont partagé leur savoir et leur conviction.

L'O.N.E. a permis aux travailleurs sociaux de participer à la formation. Il a délégué Mme Ghysdael, responsable du service formation pour accompagner tout au long du projet.

Le Département de psychologie des Facultés universitaires de Namur a délégué une psychologue qui a rédigé une synthèse de chaque journée de formation, a fait de l'observation participante et a apporté régulièrement une critique constructive.

Le centre interdisciplinaire en travail social, organe de formation continue pour travailleurs sociaux a prêté ses locaux, et a apporté de l'aide dans le domaine de l'administration et de l'animation.

Enfin les participants, partenaires à part entière du projet. Très majoritairement féminin, ce groupe s'est montré d'un grand dynamisme. Tous sont des professionnels confirmés (plus de cinq ans de carrière) travaillant en principe à plein temps.

### Déroulement : essais et erreurs

Le premier cycle de formation était très ambitieux. Il s'est déroulé en 9 journées complètes à Bruxelles. Chaque journée était co-animée par un volontaire du Mouvement ATD Quart-Monde.

L'évaluation a mis en évidence que:

- certains sujets traités étaient trop pointus, hors du cadre d'intérêt des participants. La méthode était trop ex-cathedra, le groupe trop grand (35 personnes);
- en outre, ce rythme de 9 journées par an était trop lourd pour les services obligés de remplacer les personnes en formation.

Il a fallu dès lors revoir l'ensemble de la formation. Les deux cycles suivants ont été bâtis différemment.

A la demande du Fonds Houtman, le lieu a changé. Deux cycles ont eu lieu à Charleroi au coeur d'une région pauvre. Un cycle a eu lieu à Mons. Le programme a été après réflexion ramené à quatre journées. Ces dernières avaient pour thème :

1. La pauvreté en général, dans notre société;
2. Le vécu de la pauvreté;
3. L'action petite enfance;
4. La famille pauvre, cellule de vie, le lieu.

Le groupe était plus petit (25 personnes).

Enfin nous avons, pour terminer, envisagé un cinquième cycle en invitant tous les participants des cycles antérieurs et exclusivement eux, à un cycle d'approfondissement.

Les thèmes étaient identiques mais il y avait deux nouveautés:

- 1) L'essentiel des journées était basé sur l'apport des participants;
- 2) Les journées ont été ouvertes par des exposés soit d'experts de société, soit de militants aguerris membres du Mouvement ATD Quart-Monde qui sont en quelque sorte venus partager leur savoir avec les participants.

### Produit final et projets

Le produit final tangible est une valise du formateur qui contient :

- 1) Un mode d'emploi;
- 2) Une synthèse de la formation;
- 3) Une bande vidéo d'un peu plus de 90 minutes;
- 4) Un document intitulé «Textes annexes»: recueil de textes, d'articles, tirés à part, utilisés durant la formation pour stimuler la réflexion des participants;
- 5) Le Rapport Général sur la Pauvreté, centré sur quatre grands thèmes : la famille, l'emploi et la protection sociale, l'habitat et l'environnement, le savoir, l'enseignement et la culture;

## Les hôpitaux promoteurs de santé de la Communauté française

La promotion de la santé à l'hôpital est une idée nouvelle qui fait peu à peu son chemin.

En effet, d'une part, l'Organisation mondiale de la santé a défini plusieurs " lieux de vie " susceptibles de voir se développer des actions de promotion de la santé: ces lieux sont les écoles, les villes, les entreprises et les hôpitaux (déclaration d'Ottawa, 1986).

Suite à cette charte, au sein des différents " lieux de vie ", des démarches de promotion de la santé se sont mises en place : les villes en santé, les écoles en santé et également les " hôpitaux en santé ".

La déclaration de Budapest en 1991 a formulé les principes généraux sous-tendant le développement de la promotion de la santé dans les hôpitaux.

D'autre part, l'évolution actuelle des dépenses de santé oblige les structures hospitalières à repenser leur rôle, le rendant plus large qu'exclusivement curatif. Le rôle de ces institutions s'ouvre à des missions d'éducation du patient, de réadaptation et de prise en charge des patients à plus long terme. En même temps, la nécessité de collaborer avec les structures de soins extra-hospitalières (médecins traitants, soins infirmiers à domicile, ...) apparaît de façon évidente.

La philosophie générale du mouvement des Hôpitaux Promoteurs de Santé est de " promouvoir la santé " des patients, des visiteurs et du personnel par une incitation à l'auto-gestion de la santé.

L'intégration de la promotion de la santé dans les hôpitaux suppose donc le développement de démarches permettant à chaque individu (patient, membre du personnel, visiteur) de prendre mieux en charge sa santé. Il tend également à faire de l'hôpital un lieu ouvert vers la communauté dans laquelle il s'insère.

Le développement de la promotion de la santé à l'hôpital trouve sa justification par un certain nombre de facteurs:

- il présente une forte concentration de savoirs et d'experts de la santé;
- il offre l'opportunité de sensibiliser les patients et les visiteurs à des modes de vie " sains ";

en tant que lieu de travail, il occupe un grand nombre de personnes et contient des facteurs de risques variés tant au niveau physique que psychologique.

Le réseau européen commence à se structurer grâce à l'initiative du Ludwig Boltzmann Institute de Vienne et de l'O.M.S.

Aujourd'hui, ce sont les recommandations de Vienne (1997) qui nous guident dans nos réflexions.

Ces recommandations rappellent les principes fondamentaux, les principes de mise en route d'un hôpital promoteur de santé, et les conditions de participation au réseau des hôpitaux promoteurs de santé.

### Le réseau de la Communauté française

Actuellement, ce réseau réunit les Cliniques Universitaires Saint-Luc, l'hôpital Erasme et le CHU de Liège ainsi que les écoles de santé publique qui s'y rattachent.

Concrètement, une organisation interne à chaque institution a été mise en place ainsi qu'un réseau de collaboration externe. En effet, une des recommandations du coordinateur européen est de mettre en place un comité de coordination du projet de promotion de la santé dans chaque institution qui adhère au réseau.

L'objectif de ce comité est d'asseoir les démarches dans l'institution. Le besoin de le créer s'est rapidement fait sentir. Un comité de pilotage a été créé ainsi que la nomination d'un responsable de la coordination interne et externe des activités de promotion de la santé. Jacques Dumont est le coordinateur pour la Communauté française. Le rôle de ces personnes-relais est de faire la liaison entre les différents hôpitaux et de coordonner, d'encourager toutes les actions de promotion de la santé dans leur hôpital. Il ne s'agit donc pas de se substituer au rôle propre de chacun dans l'institution. Soulignons ici la bonne collaboration entre les trois universités ainsi qu'avec les écoles de santé publique. Egalement, grâce à l'adhésion de l'hôpital au réseau, une personne responsable de l'unité de l'école de santé publique la plus

concernée par la promotion de la santé fait partie d'un organe officiel de l'hôpital.

### Les actions

**Le projet 1997 subsidié en partie par la Communauté française**

L'objectif général est de mettre en place une réflexion au départ de nos trois institutions, réflexion qui a pour but de fournir un dossier de base aux institutions francophones du pays afin de les sensibiliser à la démarche des Hôpitaux Promoteurs de Santé et d'ouvrir le réseau.

**Un inventaire des actions de promotion de la santé**

Il compte actuellement plus de 130 actions ou démarches pour les trois institutions. Les activités d'éducation du patient occupent une large place, même si nombre d'entre elles s'ouvrent à une approche plus large de la promotion de la santé. Cet inventaire doit être considéré comme provisoire, dans la mesure où d'autres actions et démarches seront encore répertoriées dans les mois à venir.

**Une enquête sur les comportements généraux de santé ainsi que les besoins / demandes du personnel et des patients**

Une analyse des besoins en santé du personnel a été effectuée par le CHU de Liège en collaboration avec l'école de santé publique de Liège. Suite à cette analyse, un questionnaire est en cours d'élaboration afin d'étendre l'étude aux deux autres institutions. L'enquête permettra également de mettre au point un instrument d'analyse léger, pertinent et généralisable à l'ensemble des hôpitaux.

L'étude concernant les patients et les visiteurs reste à développer.

**Actions participatives sur les thèmes définis par chaque institution**

- Semaine de sensibilisation à l'arrêt du tabac
- Journée mondiale de l'alimentation
- Journée du sida
- etc.

Ces actions ne se limitent pas à une journée mais elles se poursuivent par d'autres

préventifs (la prise en charge des maladies chroniques est principalement préventive), d'éducation pour la santé des patients (assurer un meilleur suivi), voire de promotion de la santé, et que des projets de formation et de motivation des médecins et autres soignants se multiplient, d'autres évoluent peu.

### Attentes et perspectives

Pour les responsables institutionnels la principale attente est la reconnaissance professionnelle de l'acte éducatif et sa valorisation financière. Ces deux aspects sont respectivement jugés comme très importants par 82% et 71% des répondants (figure 3), et comme importants par 16 et 22%. Ils sont suivis par la formation permanente et initiale des soignants, ce qui indique clairement une préoccupation pour les compétences nécessaires et une prise de conscience du besoin de savoir faire pour des actions efficaces et de qualité. Ensuite seulement sont cités l'augmentation des moyens en personnel, la modification du rôle professionnel et des fonctions des soignants, et enfin la sensibilisation du public et des patients à l'importance de la prévention et de l'éducation, c'est-à-dire à leur rôle propre de malade, actif, responsable, et collaborant aux soins. Ce dernier aspect étant un objectif de l'éducation tout autant qu'un préalable...

Le chemin à parcourir est encore long, mais il a changé de nature! Les défis et problèmes ne sont plus les mêmes. A la nécessité de démarrer des actions-pilotes, des années 80, se substitue le besoin d'étendre, de généraliser et d'améliorer les pratiques d'éducation pour la santé, qu'elles soient thérapeutiques ou préventives.

Les milieux hospitalo-universitaires restent bien souvent les plus en retard dans ce domaine, la place des patients y étant encore réduite.

Les acquis et réalisations très positives de projets de longue haleine tels que "Hôpitaux promoteurs de santé en Communauté française de Belgique" permettent un certain optimisme, parce qu'ils sont le reflet et le moteur d'un changement de mentalités et d'une certaine ouverture des milieux de soins à la santé. La responsabilité morale des pouvoirs publics, qu'ils soient communautaires, régionaux ou fédéraux, est engagée, car le développement d'une nouvelle politique de soins et de santé, initiée par des professionnels et des citoyens conscients de sa nécessité et motivés par une vision particulière du concept de soins, est maintenant entre leurs mains. Seule une décision politique permettra une généralisation de pratiques que l'on observe de plus en plus dans d'autres systèmes de soins.

**A. Deccache, F. Libion, C. Van Cangh, Unité UCL-RESO, Faculté de médecine, Ecole de santé publique UCL, J. Dumont, Projet Hôpitaux promoteurs de santé, Communauté française de Belgique, J.-L. Collignon, Centre d'éducation du patient, Yvoir, et M. Borgs, Association des infirmier(e)s en éducation du patient ■**

### Références

Annuaire statistique des hôpitaux: situation au 1/1/1995, Ministère des affaires sociales, santé publique et environnement, Bruxelles, 1995

Deccache A. Malice A: Evolution de la démarche en éducation du patient: le cas du

Centre d'Education du Patient, Bulletin d'Education du Patient, Vol 11, 3-sept 92, pp 58-61.

Deccache A. Une démarche rationnelle pour construire un projet intégré, Bulletin d'Education du Patient, Vol 6, 4-déc 87, pp 4-6.

Deccache A. Dix ans d'éducation du patient en Communauté Française de Belgique, Bulletin d'Education du Patient, Vol 9, 4-déc 90, pp 85-87.

Deccache A. Revue et effets de six ans d'éducation du patient, Bulletin d'Education du Patient, Vol 4, 4-déc 85, pp 20-23.

Deccache A. Malice A Feron P: L'Education pour la santé dans les maternités de la communauté française de Belgique: qui ? Quoi ? Comment ?. Bulletin d'Education du Patient, Vol 8, 4-déc 89, pp 78-81.

Delvaux B: soignants, comment jugez-vous les groupes d'entraide ? Bulletin d'Education du Patient, Vol 6, 2-Juin 87, pp 16-17.

Giloth B. The use of patient committees in U.S. hospitals. Bulletin d'Education du Patient, Vol 9, 4-déc 90, pp 102-103.

Gosselain Y.: Quand les patients deviennent des partenaires. in Sandrin-Berthon B. et al: L'éducation pour la santé en Médecine générale, séminaires, Ed CFES, Paris, pp 125-137

Heremans P. et Deccache A.. Prévention, médecine générale et milieux défavorisés: état des lieux et perspectives. UCL-RESO, le Moniteur, Bruxelles, 1997, 143 p.

Lavendhomme E: Table ronde: les groupes d'entraide et leurs attentes. Bulletin d'Education du Patient, Vol 6, 2-juin 87, pp20-22.

Malice A, Ceusters P: Table ronde: le point de vue des gestionnaires. Bulletin d'Education du Patient, Vol 7, 3-sept 88, pp 61-63.

OMS: Education thérapeutique du patient, rapport d'un groupe de travail, EUR/ICP/QCPH 01 01 03, OMS EUROPE, 1998, 73 p.

Palicot JC et al.: Enquête sur les pratiques et projets en éducation santé et éducation du patient dans les hôpitaux de France, rapport, E.N.S.P., Rennes, 1995, 63 p.

Steyaert J. Conclusions du colloque : "Stratégies et méthodes d'Education du Patient", Bulletin d'Education du Patient, Vol. 4, n° 4, Déc 95, p.47.

6) Un dossier pédagogique et documentaire: la santé des enfants et des familles du Quart-Monde;

7) 'Grandir ensemble parents et tout petits'. C'est le livre du Club des bébés de Reims et d'Isabelle Deligne, une mine d'or pour qui veut grandir: petits enfants, frères, soeurs, parents, amis, professionnels.

Le livre se compose de trois grands chapitres :

- le développement affectif (pages rouges).
- le développement psychomoteur (pages jaunes).
- la santé et le bien-être (pages vertes).

8) Une plaquette de présentation du Fonds Houtman;

9) Le catalogue des éditions Science et Service;

10) 'Aide aux mères en difficulté'. Petit fascicule pour apprendre à connaître le réseau social et à interagir avec lui.

Il apparaît irréaliste de diffuser la formation par la seule et simple diffusion de la valise du formateur.

C'est pourquoi nous avons pour objectif d'organiser une formation de formateurs. Cette formation aura pour but:

- 1) de faire connaître la valise du formateur et l'intérêt de son contenu;
- 2) D'expliciter les divers «outils» utilisés dans la formation;
- 3) D'insister sur le caractère participant et interactif de la formation.

### Explication des quelques outils

#### Ecriture

- des attentes et motivations ;
- l'analyse institutionnelle et du poste de travail ;
- des évaluations par journée ;
- d'une évaluation finale basée sur les changements envisagés ;
- des fiches de faits ;
- des portraits de familles ;
- du réseau.

C'est une exigence fondamentale de la formation. Elle a pour objectifs:

- de passer de l'anecdote à la réflexion et à l'analyse ;
- de constituer une trace utilisable durant et après la formation ;
- d'inciter à une meilleure connaissance des familles.

Elle constitue une réelle difficulté pour les participants, travailleurs de terrain, souvent rebutés par les nombreux rapports et autres papiers qu'ils doivent rédiger.

Ce n'est que progressivement que l'intérêt de l'écriture apparaît. Son but essentiel est de confronter les participants à leur propre pensée pour la rendre communicable et lui permettre d'évoluer.

#### Lecture et synthèse

De coupures de presse, d'articles, tirés à part, du petit journal de la formation.

Ces travaux se font à domicile, entre les journées de formation. Ils ont pour but de proposer un cadre plus large de réflexion. La misère est un fait de société. Il est donc important que le travailleur de terrain prenne connaissance de ce que d'autres en disent : décideurs, journalistes, «théoriciens», chercheurs.

#### Présentation orale

Ici aussi le travail est exigeant. Il s'agit d'exposer aux autres participants une problématique et grâce à leur aide, leurs questions, de faire évoluer la réflexion. Cet exercice exige des participants une grande clarté pour que chacun puisse comprendre et un respect réciproque qui permet à chacun d'exprimer aussi des difficultés rencontrées, des questions parfois très personnelles que la problématique entraîne.

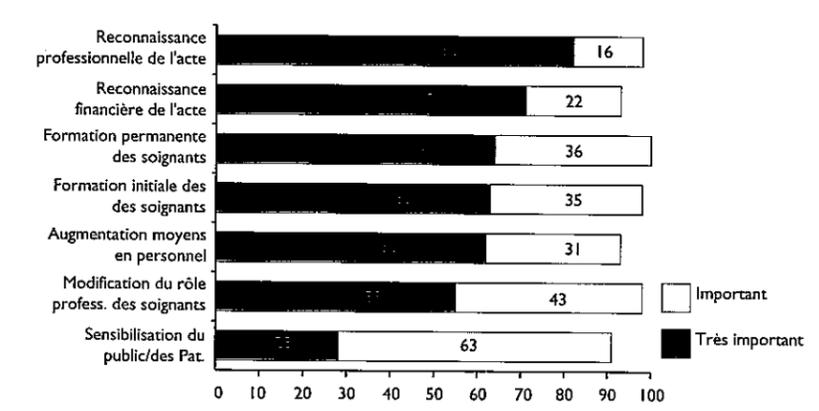
La formation a permis de bâtir progressivement un module de quatre journées.

Ces quatre journées, disent les participants, les amènent à envisager la lutte contre la misère d'une nouvelle manière.

Les familles pauvres, mieux entendues et mieux comprises, y prennent une part active, reconnue comme telle. Cette approche du travail social doit, disent les participants, être reconnue par les hiérarchies institutionnelles.

**Dr. P. Hendrick, ATD/Quart Monde, et Michel Mercier, FUNDP ■**

**Figure 3** Attentes et souhaits des responsables pour le développement de l'éducation pour la santé et l'éducation du patient



## Evaluation des pratiques communautaires dans les quartiers en santé

Dans le vaste chantier de la compréhension des pratiques communautaires de promotion de la santé, nous travaillons sur l'analyse des pratiques d'évaluation qu'elles suscitent... ou ne suscitent pas.

Notre contribution aujourd'hui est surtout théorique. A partir d'un cadre conceptuel construit sur l'analyse des pratiques d'évaluation (Demarteau 1998), elle tente d'explorer la question suivante :

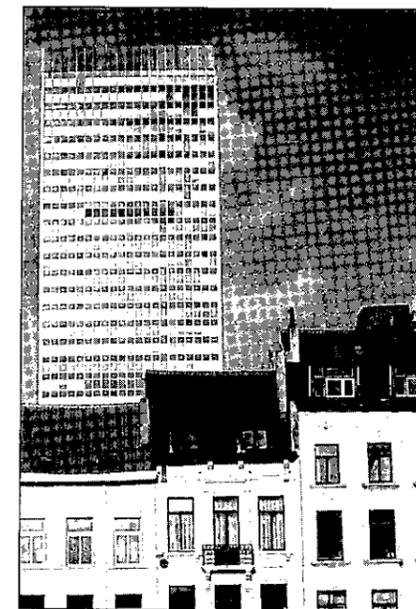
comment évaluer le développement de quartier en santé?

#### Cette question en appelle d'autres :

Qu'est ce qu'une pratique communautaire «quartier en santé» ?

Qu'est ce qu'une évaluation de programme ?

Qu'est ce qu'une évaluation d'une pratique communautaire de promotion de la santé ?



Photonews - LEBRUN

Cette réflexion débouche sur la proposition de développer des pratiques communautaires d'évaluation qui seraient de «meilleures pratiques» de l'évaluation de «quartiers en santé».

## La pratique communautaire «quartier en santé»

### Que faut-il entendre par une approche «quartier en santé»?

Le développement de la promotion de la santé s'est peut-être le plus clairement exprimé par l'émergence de programmes centrés sur des milieux de vie : les villes et villages en santé, les écoles en santé, les hôpitaux en santé, etc. Initié par l'O.M.S., ce type d'approche souhaite privilégier un concept de santé globale (plutôt que lié à des problèmes de santé particuliers) au niveau d'une entité possédant une certaine autonomie de décision.

Au niveau urbain, le quartier est un milieu de vie qui permet la mise en place d'un programme de promotion de la santé. Mais, si le quartier offre l'opportunité de développer un programme de promotion de la santé que l'on appellera «quartier en santé», il ne va pas de soi que les 5 stratégies de la promotion de la santé proposées par la Charte d'Ottawa (OMS 1986) y seront appliquées, surtout dans les quartiers les plus défavorisés. Le «quartier en santé» permet-il le développement d'une politique publique saine, la création d'un environnement favorable à la santé, le renforcement d'une communauté, l'apprentissage d'aptitudes individuelles et sociales et la réorientation des services de proximité ?

### Comment définir une pratique communautaire de promotion de la santé?

La stratégie de l'action communautaire est donc une des caractéristiques essentielles d'un programme «quartier en santé». Comment la définir ?

Nous avons choisi de nous appuyer sur une proposition venant des animateurs de la toute nouvelle association «Santé, communauté, participation» (Bantuelle, De Henau, Lahaye, Morel 1998).

Pour ces auteurs les trois caractéristiques d'une pratique communautaire de promotion de la santé sont :

- une base collective locale (communautaire) ;

- un repérage collectif des problèmes et potentialités, un diagnostic ;
- la participation de tous.

De fait, on peut retrouver ces trois éléments dans différentes démarches de «quartier en santé». La base est toujours le quartier, entité géographique et sociale. Mais le diagnostic et la participation peuvent y être introduits de différentes manières.

### Trois logiques de changement communautaire

Développer une pratique communautaire dans un quartier peut revêtir de multiples formes qui ne seront pas équivalentes dans leurs logiques de changement (Dixon et Sindall 1994). De manière un peu caricaturale, on pourrait distinguer trois de ces formes.

#### Le changement spontané

La santé peut être ressentie comme un problème à résoudre par la communauté à partir d'événements souvent dramatiques : overdose, accident de la route devant une école, violence envers des personnes âgées, etc. La volonté de changement suscite la mobilisation et l'émergence de la prise de conscience d'intérêts communs à défendre. Un comité de quartier se crée spontanément. Le diagnostic est spontané et la participation implicite.

#### Le programme d'action

La démarche peut être induite par des professionnels ou une structure locale qui va mettre en place une stratégie de changement communautaire. Elle va tenter de mobiliser la participation de la population en agissant sur les réseaux sociaux formels et informels. La création du comité de quartier fait partie du programme d'action décidé conjointement entre professionnels et habitants. Il est le premier résultat concret d'une collaboration qui a déjà commencé. Le diagnostic et la participation sont développés conjointement.

#### L'intervention

L'approche communautaire peut aussi être le fruit d'une décision institutionnelle née d'une analyse extérieure de la situation d'un quartier et visant à développer une intervention au bénéfice de toute la population d'une entité géographique déterminée. Le comité de quartier est une stratégie institutionnelle extérieure. Il réunit d'abord les antennes locales de structures officielles. Le diagnostic et la participation sont institués.

Il n'y a donc pas de pratique communautaire de «quartier en santé» qui soit clairement définie. Il faut, dès le départ, clarifier les intentions et décrire les pratiques particulièrement si on veut prévoir une évaluation. Mais il s'agira aussi de clarifier et de décrire les pratiques d'évaluation.

## Les pratiques d'évaluation de programme

Il existe de multiples formes d'évaluation rencontrées aussi bien dans la littérature que sur le terrain. Avant de tenter de découvrir si une de ces formes est spécifique aux pratiques communautaires, il faut définir et décrire l'évaluation.

### Le modèle d'Analyse des Pratiques d'Evaluation de Programmes (APEP)

Nous définissons l'évaluation de programmes comme un processus de production d'un jugement de valeur pour conduire une action par des décisions.

Une évaluation comporte donc trois phases ou trois composantes qui sont le processus, le produit et son usage. Comme processus, l'évaluation est une investigation systématique du déroulement et des conséquences d'un programme. Comme produit, l'évaluation est considérée comme la mesure de la valeur d'un objet, d'un programme. Comme usage, l'évaluation est un moyen de fournir de l'information pour prendre des décisions. Ces trois composantes recouvrent trois enjeux de l'évaluation : connaître, juger et décider.

Nous disposons ainsi d'une définition très large de l'évaluation, mais comment l'utiliser pour définir une pratique d'évaluation ?

La littérature apporte des arguments pour identifier trois dimensions importantes, caractéristiques d'une pratique d'évaluation : une dimension sociale, une dimension stratégique et une dimension technique. Elles permettent de différencier les pratiques tout en conservant une unité de structure à toute évaluation.

### La dimension sociale ou l'axe implicite-explicite

L'évaluation est une pratique sociale.

La grille théorique que nous proposons s'inspire du concept d'explicitation développé par Barbier (1990). Les trois composantes de l'évaluation (processus, juge-

- la collaboration peut recouvrir plusieurs réalités: de simples contacts à la fourniture de documentation, à l'envoi des patients après l'hospitalisation (parfois parce que des problèmes d'adaptation sont prévus), jusqu'à la collaboration réelle (invitation de permanents à accompagner et aider les patients).

En 1987 déjà, les groupes d'entraide relevaient (Lavendhomme, 1987):

- des difficultés à trouver la «bonne» voie d'entrée pour collaborer avec l'hôpital ;
- une rivalité entre soignants et associations, et une complémentarité mal définie, bien que l'offre d'aide diffère selon qu'on est soignant ou «pair» ;
- un risque d'accroître la dépendance des patients, même après la sortie de l'hôpital, lorsque l'association devient une manière d'assurer un suivi médical.

De leur côté, les soignants relevaient (Delvaux, 1987):

- des aspects très positifs lorsque la collaboration aidait à répondre à la question des patients: «comment font les autres ?»,
- que certains services de soins n'avaient aucun contact avec les associations concernées, et que d'autres avaient des contacts et collaborations intensives, bien coordonnées, et appréciées tant des patients que des soignants.

Depuis 1997, une association des usagers de la santé s'est créée en Belgique francophone, regroupant plus de 150 associations, et on pourrait aujourd'hui envisager une véritable représentation des patients à plusieurs niveaux: négociation, conseil, au niveau institutionnel, voire même au niveau politique. Cela serait, dans l'esprit du projet Hôpitaux promoteurs de santé, une vraie participation de la communauté au projet de l'hôpital... mais les freins sont nombreux et les institutions hospitalières méfiantes.

Parmi les éléments favorisant le développement d'initiatives et d'actions d'information et d'éducation pour la santé, cités par les responsables hospitaliers, le premier est l'existence d'une demande du public (et des patients). Pour 81% des hôpitaux, cette demande est un moteur pour les actions, 3% seulement estimant qu'elle constitue un frein. C'est la première fois, depuis que de telles enquêtes sont menées, que ce facteur est cité comme (le plus) important. L'évolution observée dans d'autres pays est confirmée ici, et les

attentes de la population en ce qui concerne sa santé semblent enfin entendues des soignants.

### Médecine de ville et médecine générale

Même si les résultats de l'enquête réalisée en 1998 n'ont pas encore permis de dégager les lignes de développement d'autres milieux de soins que l'hôpital, ce survol aurait été incomplet si la situation de la médecine générale et familiale et des services de soins à domicile n'était pas abordée.

Les Services de soins à domicile (SSAD) tentent depuis plusieurs années d'intégrer un travail d'éducation pour la santé et de synergie avec les autres services médico-sociaux... mais avec beaucoup de difficultés, du fait de leur mode de financement, à l'acte, avec peu de marge pour des activités autres que de soins techniques.

Alors que les soins à domicile se développent, comme une alternative acceptable tant humainement que financièrement à certaines hospitalisations, il n'y a manifestement aucune place aujourd'hui à un rôle éducatif et préventif pour les soignants à domicile. Plus que jamais, la promotion de la santé est loin de la place qu'elle devrait occuper, malgré les efforts déjà entrepris.

La médecine de pratique privée, en solo, continue de revendiquer sa place et son rôle de prévention et d'éducation pour la santé. Mais, si des pratiques préventives existent indiscutablement, elles sont loin d'être généralisées. Malgré l'intérêt marqué par les associations professionnelles, la situation semble inchangée par rapport à ce qu'elle était il y a 10 ans. Le malaise in-

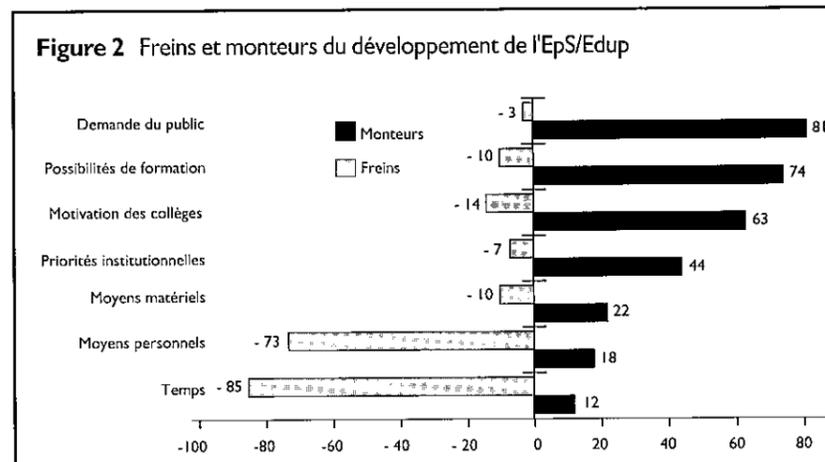
duit par le mode de financement et l'absence de reconnaissance de l'acte éducatif n'a d'égal que l'incompétence déclarée des généralistes en matière de soins psychosociaux et d'éducation du patient (Heremans et al 1997, Gosselain 1997).

Dans ce domaine, seuls les «centres de santé intégrés», maisons médicales et associations de généralistes semblent pouvoir relever le défi de l'intégration du curatif au préventif et à la promotion de la santé... c'est-à-dire de la maladie à la santé.

Toutefois, si le regroupement de professionnels des soins en une seule institution semble favoriser le travail de promotion de la santé, il est insuffisant. Encore une fois, c'est bien «la philosophie de soins» sous-jacente qui est déterminante pour les nouvelles pratiques. L'exemple des maisons médicales (centres de soins de santé primaire) est probant. Les projets qu'elles développent depuis près de 10 ans (Agir ensemble en prévention) ne sont parvenus à s'étendre que grâce aux choix qui ont été faits sur:

- la nature de la relation thérapeutique et du contrat médical;
  - la place du citoyen et du patient dans le processus ;
  - la nécessité de travail «intersectoriel» où le médical, le social, et d'autres coopèrent ;
  - la formation continuée et permanente des soignants ;
- en plus d'un travail acharné et permanent de promotion de la promotion de la santé.

Le chemin parcouru est manifestement variable selon les types d'institutions de soins. Alors que certains milieux hospitaliers intègrent bien les besoins de soins



## Les types d'actions

90% des actions citées et décrites sont continues, et seules 10% touchent à des actions ponctuelles, sans répétition, même si certaines touchent leur public plusieurs fois sur leur courte durée de vie et d'exposition. C'est le cas des campagnes d'information et de sensibilisation, des "journées mondiales" (contre le tabac, le sida, etc.). Cette importante garantie de permanence est aussi une preuve de l'évolution des projets et de leur intégration dans les pratiques.

Pour ce qui est de la quantité de projets, deux aspects ont été étudiés: globalement leur nombre par institution, qui permet d'avoir une idée de l'étendue de l'intérêt accordé à l'éducation pour la santé, et, par comparaison leur évolution depuis vingt ans. On observe une moyenne d'au moins 3,2 actions par institution (sachant que cinq actions maximum ont pu être répertoriées pour chaque institution). Si une institution (2%) déclare ne pas avoir d'action éducative, 24% en déclarent une ou deux, 48% en décrivent trois ou quatre, et 26% en annoncent cinq ou plus.

L'évolution en vingt ans est au moins aussi étonnante (Deccache 1985): alors que 7% des hôpitaux déclaraient avoir au moins une action-projet d'éducation en 1980, on est passé à 60% en 1990, et à 98% en 1998 (voir figure 1). Cette étonnante et remarquable évolution s'est faite parallèlement à celle du nombre de comités d'éducation, de coordinateurs de l'éducation du patient et/ou de personnes-ressources (un coordinateur ayant une activité qui s'étend à l'ensemble de l'institution, avec reconnaissance professionnelle de son

rôle d'animateur-personne ressource-moteur, alors que les "personnes-ressources" agissent au niveau d'un voire plusieurs services de soins). Dans ce domaine, on observe aussi une remarquable évolution: les premiers comités et/ou coordinateurs sont apparus en 1983 (Steyaert, 1983). En 1990, 15% des hôpitaux avaient désigné et reconnu un coordinateur ou comité (Deccache, 1990), pour arriver à une estimation de 35% en 1998, la présente enquête révélant que 78% déclarent avoir un comité et/ou un coordinateur et/ou une personne ressource.

Le parallélisme de ces deux évolutions ne peut être dû au hasard. L'influence positive de l'existence de personnes-ressources a été à plusieurs reprises déjà mise en évidence (Gilothe 1990, Deccache et al, 1991), et clairement observée aux USA. Toutefois, la création et la reconnaissance de ces "fonctions" ont été, en Belgique, le fait de directions d'hôpitaux très motivées, puisqu'il a fallu "jouer" avec les plans d'affectation du personnel (et notamment des cadres) pour parvenir à dégager les moyens nécessaires. Par ailleurs, ces "moyens" varient d'une institution à l'autre, passant d'une fonction à part-time dans certaines, à un temps plein dans d'autres (pour rappel, les recommandations de l'American Hospital Association prévoient un mi-temps par tranche de 200 lits).

Si 38% des actions ont lieu dans une unité de soins, 39% se font dans (ou entre) plusieurs unités; c'est le cas par exemple lorsqu'un programme d'éducation porte à la fois sur l'information sur le séjour et le déroulement de l'hospitalisation, l'information sur les examens médico-techniques, la préparation au retour à domicile et l'éducation thérapeutique visant l'auto-prise en charge du traitement.

Enfin, 23% des actions se déroulent à la fois dans et hors de l'hôpital, intégrant des intervenants hospitaliers et extra-hospitaliers. Cette évolution se confirme par le fait que les collaborations avec des organismes et associations extérieurs ne sont pas rares: 68% des hôpitaux mentionnent des collaborations

logistiques et méthodologiques avec des groupes professionnels, académiques ou des associations de patients. Ces dernières sont citées par 18% des répondants. Le Centre d'éducation du patient et l'Association des infirmiers en éducation du patient sont les plus cités des "partenaires" possibles, avec respectivement 47 et 40% de collaborations. On observe toutefois que 78% des 32% d'hôpitaux qui ne citent pas de collaboration externe disposent d'un coordinateur de l'éducation du patient, ressource souvent compétente et formée.

Les manques de moyens et de temps sont encore considérés comme les freins principaux au développement de l'éducation du patient (73% et 85%), résultats qui rejoignent ceux des précédentes enquêtes. Toutefois, ils sont nettement atténués par le fait que les autres facteurs identifiés (figure 2) sont surtout cités comme facteurs favorisant l'éducation: moyens matériels, priorités institutionnelles, motivation des collègues, et surtout l'existence d'une demande du public-patient.

Par ailleurs, dans les attentes et souhaits des responsables, les moyens en personnel n'apparaissent qu'au 5e rang des besoins nécessaires au développement de l'éducation du patient.

En 1998, 70% des hôpitaux répondants réservent explicitement une place à l'information et l'éducation du patient dans leur projet institutionnel déclaré. Ce premier pas officiel vers une reconnaissance du rôle de l'éducation dans les soins, 33% l'ont effectué depuis moins de 5 ans, et 10% depuis plus de 10 ans. Corollairement, les hôpitaux qui ont explicitement valorisé et reconnu l'éducation comme une priorité et une préoccupation institutionnelle sont aussi ceux qui estiment qu'une reconnaissance officielle extérieure, en provenance des autorités politiques, du ministère de la santé, est indispensable au développement de l'éducation du patient.

## Participation et place des patients

Si en 1998, on constate que 18% des hôpitaux répondants affirment collaborer avec des associations de patients, on sait aussi que:

- seules certaines associations sont acceptées par les soignants, probablement parce que peu revendicatrices par rapport aux conflits d'intérêts qui apparaissent entre soignants et patients,

ment et décision) sont toujours présentes. C'est l'explicitation d'une ou plusieurs de ces composantes qui est significative de la fonction sociale qui est attribuée à l'évaluation et qui détermine sa pratique.

## La dimension stratégique ou l'axe interne-externe

L'évaluation joue un rôle dans les jeux de pouvoir entre acteurs d'une action organisée selon le modèle proposé par Crozier et Friedberg (1977). Nous intégrons cette réflexion en identifiant la position interne ou externe des acteurs des différentes composantes de l'évaluation par rapport à l'organisation qui mène l'action.

## La dimension technique ou l'axe informel-formel

La dimension technique est le troisième axe de différenciation des pratiques d'évaluation que nous avons retenu. La dimension technique, méthodologique de l'évaluation reste importante et mérite donc d'être prise en compte dans un modèle global d'identification des pratiques. Pour généraliser cette dimension méthodologique, nous la définissons par la formalisation ou non des composantes qui ont été préalablement explicitées.

La combinaison des trois composantes (processus, jugement, décision) et des trois dimensions (sociale, stratégique et technique) fournit une grille théorique d'Analyse des Pratiques d'Evaluation de Programmes (APEP) qui prévoit l'existence potentielle de 124 modalités d'évaluation différentes. La 125e est l'évaluation totalement implicite et donc, en principe, inobservable.

Cette grille d'analyse doit nous permettre de décrire différentes pratiques d'évaluation.

## La description de pratiques d'évaluation de programme de type communautaire

Notre recherche ne visait pas spécifiquement l'analyse de pratiques d'évaluation de programme à visée communautaire. Nous n'avons donc pas utilisé de critères particuliers pour différencier ces programmes. Un retour aux données de départ nous permet uniquement de distinguer des programmes qui se déclarent comme communautaires dans leurs objectifs ou leurs stratégies. Leur petit nombre limite l'analyse et les conclusions.

Sur les 46 programmes analysés, 9 proposent explicitement des objectifs proches de la formulation de la charte d'Ottawa «exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé» (OMS 1986). Les deux seuls programmes (sur les 46) que l'on pourrait qualifier de «quartier en santé» figurent parmi ceux-ci. Notons que le contrôle envisagé y est de nature collective et non individuelle. Ces deux programmes proposent aussi une évaluation de l'efficacité.

Il semble donc que la rédaction d'un programme «quartier en santé» conduisent les promoteurs à formuler explicitement aussi bien des objectifs de type "empowerment" qu'une évaluation de ceux-ci. Ce faisant, ils indiquent la valeur sociale qu'ils accordent à cet objectif. Mais, si l'évaluation est bien explicite, elle reste de l'ordre de l'intention. Il n'y a ni indicateurs proposés, ni critères ainsi qu'aucune proposition méthodologique. L'évaluation est également réalisée par et pour le promoteur.

L'approche communautaire comme stratégie d'action est plus souvent proposée par les programmes (18 projets, 40%). Sur ces 18 projets, 11 proposent une évaluation du processus d'intervention. Les pratiques sont diverses.

Pour 5 programmes, l'approche communautaire (mobilisation et participation de la population visée) est clairement une stratégie mise au service d'objectifs de santé: accident, maladies cardio-vasculaires, alimentation. L'évaluation est proposée comme moyen de contrôle et de régulation du programme pour les promoteurs. L'évaluation, interne, est confiée à des spécialistes. Elle est formalisée (indicateurs, critères, outils de recueil de l'information, etc.). Elle a un budget. Deux autres programmes se situent dans ce cadre des objectifs de santé, mais l'évaluation interne reste informelle (pas d'indicateurs, de critères, d'outils). Il s'agit de deux programmes plus modestes sans budget consacré à l'évaluation.

Deux programmes utilisent une stratégie communautaire (participative) pour agir sur des structures professionnelles. Les deux utilisent une expertise externe informelle (centrée sur le jugement) et une évaluation interne tout aussi informelle.

Il reste enfin les deux programmes «quartier en santé». L'un prévoit un budget pour l'évaluation interne de la stratégie

mise en place et propose un protocole d'évaluation formalisé. L'autre annonce une évaluation interne, mais ne propose rien de précis.

Cette brève analyse qualitative de quelques programmes ne permet pas de conclure sur une pratique d'évaluation qui serait spécifique à une stratégie communautaire.

Elle attire l'attention néanmoins sur certains points.

- La différence qu'il peut y avoir entre une approche communautaire qui vise explicitement des objectifs de type «empowerment» et une approche communautaire qui n'est qu'une stratégie d'action. La démarche «quartier en santé» conduirait aux deux.

- L'absence d'indicateurs et de critères pour l'évaluation d'efficacité. La présence d'une évaluation formalisée du processus d'intervention, mais dans les programmes les plus importants dont l'évaluation est menée par des spécialistes.

- La présence presque exclusive d'une évaluation interne par les promoteurs.

Malgré le peu d'éléments encore probants, il est néanmoins possible d'avancer quelques caractéristiques d'une pratique d'évaluation d'un «quartier en santé» à partir de nos premières observations et de la littérature.

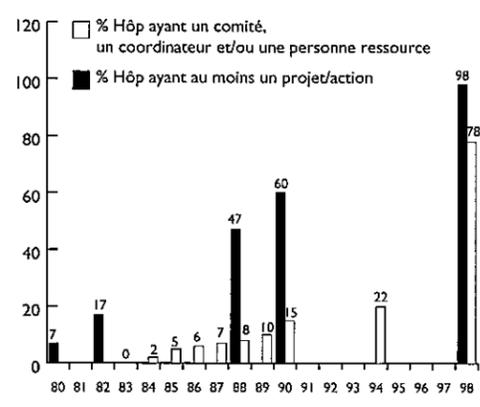
## L'évaluation des pratiques communautaires de promotion de la santé

### L'inadéquation du modèle expérimentaliste de l'évaluation

Un premier constat est l'inadéquation d'une évaluation qui serait orientée exclusivement vers la production de connaissance en mettant en place notamment une méthodologie d'évaluation de type expérimentaliste. Ce type d'évaluation simplifie l'environnement pour contrôler les variables et considère l'intervention comme intangible. Elle néglige souvent les enjeux sociaux et la participation. Elle n'est donc pas directement utile à l'action (Tones, Tilford, Robinson 1990).

Dans notre analyse, nous n'avons pas rencontré d'évaluation de ce type appliquée à une stratégie communautaire.

Figure 1 Evolution du nombre d'hôpitaux ayant des activités et projets d'éducation du patient, et des structures / personnes ressources



## Un autre paradigme de l'évaluation.

Il faut donc proposer un autre paradigme de l'évaluation qui serait plus proche des caractéristiques d'une démarche communautaire.

Cette évaluation mettrait l'accent sur la composante jugement et décision au même titre que sur celle de production d'une connaissance. Mais, en plus, elle serait attentive à la participation de la communauté au processus, aux résultats et à l'usage des résultats. Elle participerait à l'objectif de «contrôle» individuel et collectif sur la santé et ses déterminants.

Parmi les modèles existants, examinons celui de l'évaluation centrée sur l'utilisation proposée par Patton (1978). Il a l'intérêt de s'appuyer sur des recherches sur l'utilisation des résultats des évaluations. Ces recherches indiquent qu'une évaluation est d'autant plus utilisée que les utilisateurs potentiels sont impliqués de manière personnelle, précoce et fréquente dans tout le processus d'évaluation.

Pour Patton, il faut :

- identifier et organiser les utilisateurs de l'évaluation ;
- identifier leurs questions d'évaluation ;
- sélectionner des méthodes pour produire des informations utiles ;
- organiser la participation à l'analyse et à l'interprétation ;
- négocier la diffusion et l'utilisation.

Ce modèle semble particulièrement pertinent pour une démarche communautaire.

## Conclusion

### Promouvoir des pratiques communautaires d'évaluation en promotion de la santé

Pour soutenir le développement de quartier en santé, l'évaluation peut jouer un rôle actif en passant d'une vision «évaluative» classique centrée sur l'observation et la mesure des phénomènes (production d'une connaissance) à une vision «participative» qui revaloriserait ses dimensions axiologiques (jugement de valeur) et politiques (prise de décision).

### La proposition est de passer de l'évaluation des pratiques communautaires à des pratiques communautaires de l'évaluation.

Les deux exemples de proposition d'évaluation de «quartier en santé» que nous avons analysés à l'occasion d'une recherche non spécifique indiquent que l'évaluation est une dimension jugée importante, mais qui reste essentiellement entre les mains des promoteurs de l'intervention.

### Le besoin de propositions méthodologiques fondées sur la recherche

Notre modèle théorique, nos observations, la recherche sur l'utilisation des résultats des évaluations confortent cette proposition. La réflexion, l'analyse, la recherche doivent pourtant se poursuivre. Il

faudra mettre en œuvre, observer et analyser des pratiques communautaires d'évaluation pour en percevoir les avantages et les limites, pour mieux les comprendre.

Michel Demarteau, Université de Liège, Service de Santé au Travail et Éducation pour la Santé (STES / APES) ■

## Bibliographie

Barbier JM. L'évaluation en formation. Paris:PUF, 1990.

Bantuelle M, De Henau PA, Lahaye T, Morel J, Trefois P. La pratique communautaire dans la promotion de la santé : quelques réflexions. Santé Conjugée 1998;4:32-6.

Crozier M, Friedberg E. L'acteur et le système. Paris:Seuil, 1977.

Demarteau M. Analyse des pratiques d'évaluation de programmes d'éducation pour la santé. Liège:Université de Liège, 1998. [Thèse de doctorat]

Dixon J, Sindall C. Applying logics of change to the evaluation of community development in health promotion. Health Promotion International 1994;9(4):297-309.

Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève:O.M.S., 1986.

Patton M. Utilization-focused evaluation. London:Sage, 1978.

Tones K, Tilford S, Robinson Y. Health Education : Effectiveness and Efficiency. London : Chapman and Hall, 1990:245-6.

## La santé cardio-vasculaire à Charleroi

### Etude de l'évolution comparée de quelques comportements alimentaires (1985-1997)

Suite à la mise en évidence par les études (MONICA) d'un excès de facteurs de risque cardio-vasculaire associé à une prévalence accrue de maladies cardiaques ischémiques à Charleroi, un projet d'intervention communautaire a été implanté dans cette région en 1994: Carolo Cardio Santé.

Pour rappel, le projet MONICA consistait en la tenue d'un registre de l'infarctus, as-

socié à l'évaluation périodique des facteurs de risque dans la même région par le biais de trois enquêtes transversales (MONICA I: 3/85-9/87; MONICA II: 10/87-6/90; MONICA III:7/90-2/93).

De manière constante, Charleroi a présenté des résultats défavorables, tant en ce qui concerne la prévalence de maladies coronariennes qu'en ce qui concerne la prévalence de facteurs de risque (tabac, cholestérolémie, hypertension, obésité), lorsqu'on compare cette région, de manière standardisée, à Gand qui est distante seulement de 100 km.

Les études montrent qu'une réduction des facteurs de risque précède une modi-

fication favorable de la prévalence des maladies coronariennes.

### Un item étudié : la consommation de matières grasses

Pour remédier à cette situation, un programme d'intervention a été mis en place. L'entretien d'aide à l'équilibre alimentaire est l'une des actions du programme.

L'évaluation de ce programme a été conçue sous la forme d'une enquête cas-contrôle utilisant un questionnaire administré par téléphone.

La plupart des questions portant sur l'alimentation ont conservé un bon degré de

des inventaires des actions de promotion de la santé : éducation du patient, éducation pour la santé du personnel, des visiteurs,... améliorations organisationnelles, formation ...

- des analyses de besoins : patients, personnel, visiteurs ;
- une promotion d'actions participatives, surtout ponctuelles (journées mondiales sida, cancer, tabac,...) ;
- et la préparation d'un élargissement du réseau actuel: élaboration d'un dossier sur le projet OMS en Belgique, organisation de journées d'information sur le projet, etc.

### Un état des lieux dans les institutions de soins en Communauté française

#### Objectifs et méthodes

En raison des récents développements institutionnels en Belgique et de l'évolution internationale observée (projet européen Hôpitaux promoteurs de santé, recommandations de l'OMS sur la prévention et l'éducation du patient (OMS 1998)), un état des lieux s'imposait. L'intérêt en est double:

- d'abord, faire le point sur l'évolution des dernières années, et évaluer les attentes, souhaits des professionnels des soins et la faisabilité de certaines options d'action ;
- et ensuite, fournir aux décideurs politiques des informations, données, souhaits et recommandations des acteurs expérimentés dans le domaine, afin d'influencer positivement les décisions et choix futurs.

Pour favoriser la comparabilité avec les données déjà disponibles, et assurer la représentativité nécessaire à un état des lieux, la méthode choisie est l'enquête par entretiens et questionnaires.

Par ailleurs, un état des lieux implique de recueillir les opinions et actions tant des institutions (niveau global) que des équipes et services de soins (niveau local). De même, une place devait être accordée à tous les types d'institutions: hôpitaux, soins à domicile, médecine de ville et générale.

La démarche est inspirée d'enquêtes semblables (Deccache et Malice, 1992, Palicot et al, 1995), et inclut:

#### Deux questionnaires auto-administrés

Un questionnaire sur la politique générale et les actions de l'institution a été adressé

aux Directions des soins infirmiers des établissements de soins et/ou aux coordinateurs d'éducation du patient.

Un deuxième questionnaire sur les pratiques effectives en éducation pour la santé a été adressé aux équipes de soins "actives", et transmis par les responsables d'institution (de une à trois équipes selon la variété des actions éducatives entreprises).

Une série d'entretiens réalisés ultérieurement auprès d'un échantillon d'acteurs, intervenants, décideurs, ou promoteurs de l'éducation pour la santé du patient.

L'enquête a été menée en septembre 1998, d'abord auprès des 105 institutions hospitalières de la Communauté française, avec un taux de réponse de 51 % pour les questionnaires "institutionnels" et un retour de 80 questionnaires "actions et pratiques" (plus de 55%). Elle a été suivie d'une "deuxième vague" auprès des institutions non-hospitalières.

Cet article présente les résultats descriptifs de l'enquête effectuée auprès des directions des soins infirmiers et responsables d'éducation du patient.

### Politique et actions institutionnelles dans les hôpitaux belges francophones: premier bilan.

#### Caractéristiques des répondants

La "taille" des institutions se répartit en: 52 % de moins de 300 lits, 28 % de 300 à 450 lits, 13 % de 451 à 600 lits et 7 % de plus de 600 lits. Quant au type d'institution, il concerne des hôpitaux universitaires (entièrement ou partiellement) 15 %, hôpitaux publics 26 %, privés 50 %, et autres 9 %.

La représentativité des répondants est assurée sur certains critères, puisque pour l'ensemble de la Communauté française de Belgique, les hôpitaux se répartissent en 19% d'universitaires, 31% de publics non-universitaires, et 49 % de privés; et pour la taille, 54% de moins de 350 lits, 17% de 350 à 500 lits et 29% de plus de 500 lits (Annuaire statistique des hôpitaux, 1995).

150 projets et actions sont répertoriés et décrits succinctement par les directions, chacune ayant la possibilité de présenter jusqu'à 5 actions.

#### Les thèmes et sujets principaux

- Les maladies chroniques (52 %), dont diabète (24 %), maladies digestives (14 %),

maladies orthopédiques (11 %), cancers (0,7 %), dépendances et assuétudes (0,6 %), maladies mentales (0,3 %), maladies respiratoires, maladies vasculaires, handicaps et maladies rénales.

- Thème "psychologie" : gestion de conflits, agressivité, maltraitance...
- Maternité et périnatalité (12 %).
- Dépistages, prévention, vaccination (0,5 %).

Si les traitements et préventions des maladies chroniques restent sans surprise le thème principal abordé, des changements intéressants sont à noter. Le diabète, thème de prédilection, ne représente plus que la moitié (et 24% du total des actions) des maladies chroniques citées. Les maladies digestives et orthopédiques occupent une place importante. Toutefois, les maladies respiratoires (asthme, bronchite chronique, emphysème) restent peu abordées.

Sur les perspectives ou encore les "objets" de ces projets et actions, 78 % des actions concernent la maladie et/ou les risques de maladie (qu'elles soient thérapeutiques ou préventives), et 22 % concernent le maintien et/ou l'amélioration de la santé (c'est-à-dire une perspective "positive" de la santé). Il y a donc clairement un déplacement du centre d'intérêt de la maladie vers la santé, qui concerne une action sur cinq.

Agir sur la santé, et non seulement sur la maladie, n'implique pas nécessairement de se désintéresser de l'acteur central des soins, le patient. En effet, si certaines actions visent le personnel (prévention des lombalgies, des contaminations, équilibre alimentaire,...) ou les visiteurs et autres publics extra-hospitaliers, d'autres rejoignent aux aspects de prévention ou d'éducation thérapeutique des préoccupations et objectifs éducatifs relatifs à la santé des patients, en même temps ou parallèlement aux premiers.

Pour ce qui est des publics concernés par les actions décrites, les "bénéficiaires", on observe que 15 % visent le personnel hospitalier, 0,5 % visent les "bien-portants" (visiteurs et autres...) alors que 84,5 % visent les patients et leur entourage. Ce dernier semble aujourd'hui de mieux en mieux intégré aux soins, à la prise en charge et donc à l'éducation puisque seules 28% des actions relevées ne concernent que les patients, à l'exclusion d'autres publics.

## Promouvoir la santé dans les milieux de soins

### Une enquête en Communauté française de Belgique

Le concept et les pratiques de promotion de la santé ont apporté d'importants changements jusque dans les milieux de soins et de prise en charge des maladies.

La promotion de la santé est définie, dans la charte d'Ottawa, comme "le processus qui confère aux populations les moyens d'agir sur leur santé et de l'améliorer", notamment par cinq grands axes ou stratégies d'action.

Or, les milieux de soins se caractérisent par plusieurs faits en contradiction avec ce processus:

- centrage sur la maladie et peu sur la santé;
- préoccupation pour la guérison (cure) plus que pour le soin (care), même lorsque 80% des soins extra-hospitaliers concernent des maladies chroniques;
- travail dans une logique d'urgence et non de long terme (sauf peut-être parfois en médecine générale);
- travail principalement curatif, secondairement préventif, et parfois éducatif...;
- action auprès des patients-individus, et peu auprès des groupes et populations, approche de santé individuelle et non de santé publique;
- lieux d'activité distincts, entre lieux de vie et hôpital, avec peu de liens et donc peu de suivi et de continuité pour les patients.

L'apparition de pratiques de promotion de la santé, "l'éducation pour la santé des patients" en étant la marque principale, remet profondément en cause ces caractéristiques. Plusieurs des points de repère se modifient, et les milieux de soins commencent à revoir leur rôle et leurs missions, dans des organisations, des structures et des politiques de santé en plein changement, elles aussi.

Dans les milieux de soins, le changement est lent et les "résistances" énormes. Cela s'explique, ces milieux étant les plus concernés par la maladie et la souffrance et moins par la "bonne" santé. Le préven-

tif y a toujours été considéré comme le côté "santé" du curatif, alors que l'objet des deux reste la maladie. De plus, la demande "visible" de la population est celle d'une "réaction", d'une solution de problèmes, qui semble laisser peu de place à la santé et son maintien de manière "proactive".

Où en est la promotion de la santé dans les milieux de soins en Belgique francophone, en 1998?

Plus généralement, quels changements observe-t-on depuis 10 ans? Quelles difficultés rencontrent les soignants et professionnels des soins qui tentent de joindre soins, prévention, éducation et promotion de la santé dans leur activité professionnelle quotidienne? Quelles sont leurs attentes et souhaits?

### Le projet O.M.S. Europe 'Hôpitaux promoteurs de santé'

Conçu dans la ligne des projets "Villes en santé", "Ecoles en santé", "Entreprises en santé"... ce projet a officiellement démarré en 1991. La "Déclaration de Budapest" en définit les finalités et le cadre. Les buts du projet sont de "promouvoir la santé positive et le bien-être dans l'hôpital et au-delà, dans la communauté", et le modèle de santé sous-jacent est le modèle global ou biopsychosocial, où la santé est définie comme un "état de bien-être biologique, mental et social et pas seulement comme absence de maladie" (OMS, 1946). Enfin, la démarche se situe dans le mouvement de "promotion de la santé" tel que décrit dans la charte d'Ottawa, dans laquelle l'accent est mis sur la multifactorialité des déterminants de la santé et la nécessité d'agir synergiquement sur ces déterminants, et surtout sur le but de "conférer aux personnes et populations le pouvoir de prendre en charge leur santé", deux principes très éloignés du fonctionnement habituel des systèmes hospitaliers et plus largement de soins.

Parmi les objectifs opérationnels du projet on retrouve:

- améliorer la qualité des soins et services médicaux;
- développer des perspectives d'action orientées vers la santé;

- prendre conscience de l'influence de l'environnement hospitalier sur la santé (patients, soignants, communauté): maladies iatrogènes, infections nosocomiales, sécurité et hygiène...

- favoriser une véritable participation des patients à leur santé;
- créer des conditions de travail saines pour le personnel;
- faire de l'hôpital une "entreprise en santé";
- améliorer la quantité et la qualité de l'information et de l'éducation pour la santé des patients;
- développer des bases de données sur l'état de santé dans l'hôpital.

Pour chaque hôpital participant, les implications d'une adhésion au projet "Hôpital promoteur de santé" (HPS) ont une influence importante sur le projet d'institution et de soins, car elles supposent d'adhérer aux principes de la Charte d'Ottawa et à la philosophie et aux objectifs des HPS. Plus concrètement, elle nécessite entre autres d'intégrer une préoccupation "santé" à celle, habituelle, de "maladie", de s'engager à mettre en place une évaluation permanente du processus et des effets des actions réalisées dans le cadre du projet, de constituer un comité de promotion de la santé et nommer un coordinateur, d'établir un "forum" de discussion (incluant personnel et usagers...) sur les implications et conséquences de cette adhésion, d'assurer une concertation et des échanges d'expériences inter-hospitalières.

### En Belgique francophone

La Belgique a rejoint le projet et le réseau HPS de l'OMS en 1996, à l'initiative de M. J. Dumont, et grâce à la mise en place de collaborations entre les hôpitaux-pilotes du projet, limités à ce stade aux trois centres hospitaliers universitaires francophones principaux.

Le projet francophone actuel a obtenu un soutien des pouvoirs publics de la Communauté française de Belgique (CFB) et a notamment réalisé:

- une définition de stratégies concrètes de "promotion" des HPS dans les institutions participantes;
- une sensibilisation des acteurs institutionnels, avec des résultats variables;

standardisation avec les questionnaires MONICA.

Pour les analyses présentées ici nous utilisons, en plus des échantillons MONICA (1), les questionnaires collectés par téléphone entre avril 1994 et septembre 1997, soit 814 enregistrements concernant des sujets âgés de 25-64 ans (bien que l'enquête d'évaluation concerne les 18-69 ans, nous n'avons retenu que les 25-64 ans pour des raisons de comparabilité avec les enquêtes MONICA). Le taux de réponse de l'enquête par téléphone pour cette période est de 69,2%. Les résultats sont présentés après standardisation pour l'âge et le sexe, c'est-à-dire qu'ils ne représentent pas les prévalences brutes observées dans les échantillons. Ils sont donnés avec l'intervalle de confiance à 95% calculé autour de la valeur ajustée.

Les réponses à l'enquête d'évaluation téléphonique ont été réparties en deux groupes selon l'époque de collecte: CATI I (4/94-3/96) et CATI II (4/96-9/97).

La couverture téléphonique pour l'arrondissement de Charleroi s'établit à 74% des ménages (INS, recensement 1991).

Nous montrons l'évolution, sur une période relativement longue, de quelques comportements alimentaires simples,



Photonews - LEBRUN

touchant essentiellement à la consommation de matières grasses.

L'association de ces indicateurs avec le niveau d'éducation est également évoquée. Les données reproduites ici sont extraites des tableaux présentés lors de la conférence du 24 octobre 1998.

Si nous considérons l'évolution de la proportion de répondants reportant l'utilisa-

tion de beurre sur le pain, après standardisation pour l'âge et le sexe et en stratifiant pour le niveau d'éducation (E1: sans diplôme ou diplôme primaire; E2: secondaire inférieur; E3: secondaire supérieur; E4: supérieur universitaire et non universitaire), on observe les résultats présentés dans le tableau 1.

On remarque dans ce tableau une décroissance dans le temps de la prévalence de consommateurs de beurre et ceci pour tous les niveaux d'instruction. Cette réduction est cependant plus marquée dans le premier groupe (E1: sans diplôme ou instruction primaire). De manière globale, un léger gradient positif se dessine en défaveur des plus éduqués.

Si on analyse à présent l'évolution du pourcentage de sujets reportant l'utilisation de beurre pour cuisiner, on observe les résultats repris dans le tableau 2.

On notera dans ce tableau un net gradient lié au niveau d'éducation (E1->E4) et ceci est vrai pour toutes les périodes examinées. En plus de cela, on observe une forte régression de cette pratique en fonction du temps. Parmi les moins éduqués, par exemple, ce pourcentage passe

<sup>1</sup> Nous remercions le Professeur M. Kornitzer qui a permis l'utilisation des données MONICA de Charleroi.

Tableau 1 : Utilisent du beurre sur le pain (Charleroi; hommes+femmes 18-69 ans)

	MONICA I	MONICA II	MONICA III	CATI I	CATI II
E1	70.9% (65.5;76.3)	56.5% (50.1;63.0)	52.4% (45.2;59.6)	46.0 (35.3;56.6)	46.4 (31.4;61.4)
E2	67.3 (60.8;73.9)	63.0 (56.9;69.1)	59.2 (53.1;65.3)	66.0 (55.6;76.4)	52.5 (43.1;61.9)
E3:	71.8 (66.2;77.4)	60.2 (54.3;66.1)	59.4 (53.6;65.3)	61.9 (52.0;71.8)	49.6 (40.0;59.1)
E4	68.6 (59.4;77.8)	51.0 (40.1;61.9)	63.6 (53.3;74.0)	63.9 (52.4;75.4)	54.1 (38.5;69.7)

Tableau 2 : Utilisent du beurre pour cuisiner (Charleroi; hommes+femmes 18-69 ans)

	MONICA I	MONICA II	MONICA III	CATI I	CATI II
E1	16.2% (12.6;19.8)	12.6% (9.4;15.8)	10.0% (6.5;13.6)	11.2% (4.5;17.9)	5.8% (0.0;12.1)
E2	27.2 (21.2;33.3)	24.9 (19.6;30.2)	20.8 (16.0;25.5)	25.7 (17.0;34.4)	6.6 (2.7;10.6)
E3	35.4 (29.5;41.4)	31.8 (26.6;37.0)	31.0 (25.9;36.2)	28.8 (20.3;37.4)	23.7 (15.7;31.7)
E4	43.5 (34.3;52.6)	42.5 (32.2;52.2)	44.5 (34.4;54.6)	33.7 (23.8;43.7)	23.2 (9.9;36.4)

de 16% en 1986 (MONICA I) à près de 6% en 1996 (CATI II).

Lorsqu'on étudie l'évolution du type de lait consommé parmi les buveurs de lait (**tableau 3**) on observe également tant une tendance chronologique qu'un gradient lié au niveau d'instruction.

Ainsi, pour les données les plus récentes du tableau, on observe que 56% des personnes interrogées appartenant au groupe le moins instruit reportent l'utilisation de lait entier comparés aux 30% observés chez les plus éduqués. On remarque aussi une diminution régulière de la prévalence de ce comportement en fonction du temps dans tous les groupes d'éducation.

Si on tente de synthétiser, au moyen d'un

outil semi-quantitatif <sup>(2)</sup>, l'évolution des comportements alimentaires en ce qui touche aux graisses, on trouve les résultats repris au **tableau 4**. Les pourcentages donnent la proportion ajustée de sujets dans les différents groupes classés dans le troisième tertile de ce score.

Ce tableau montre une décroissance au cours du temps de la proportion de sujets classés dans le troisième tertile du score semi-quantitatif et ce pour tous les niveaux d'éducation considérés.

Le **tableau 5** met en évidence un facteur de risque dont l'association avec le niveau d'éducation est particulièrement net: l'obésité. Les résultats sont présentés sous la forme de la prévalence de sujets classés

dans le troisième tertile pour l'indice de Quetelet (BMI: poids/taille au carré).

Ce tableau montre, à toutes les époques, un important gradient lié au niveau d'éducation; il n'est pas rare d'observer une prévalence deux fois supérieure pour le premier groupe d'éducation lorsqu'on le compare au quatrième groupe (plus instruits).

Une évolution dans le temps ne paraît perceptible qu'entre les enquêtes MONICA et les enquêtes CATI. Il s'agit probablement d'un effet lié à la méthode d'en-

<sup>2</sup> «score de graisse MONICA»: G. De Backer, RUG GENT  
Ce score, validé, se révèle être bien corrélé au rapport PIS de l'alimentation. Pour des raisons de standardisation il est impossible de présenter des données comparables pour les enquêtes MONICA I & II.

**Tableau 3** Consomment du lait entier (Charleroi; hommes+femmes 18-69 ans)

	MONICA I	MONICA II	MONICA III	CATI I	CATI II
E1	77.8 (73.4;82.2)	73.7 (68.8;78.6)	63.2 (56.5;69.9)	52.9 (39.1;66.8)	56.0 (40.3;71.8)
E2	68.9 (62.3;75.4)	62.7 (56.9;68.5)	56.7 (51.1;62.3)	56.6 (45.4;67.9)	42.4 (32.2;52.5)
E3	64.9 (58.9;70.9)	62.5 (57.0;68.0)	50.7 (45.2;56.2)	50.0 (39.8;60.2)	46.9 (36.4;57.4)
E4	57.8 (49.2;66.3)	45.0 (34.7;55.2)	28.6 (20.1;37.2)	25.9 (12.4;39.4)	29.9 (21.1;38.7)

**Tableau 4** Appartiennent au 3ème tertile du «score de graisse» (Charleroi; hommes+femmes 18-69 ans)

	MONICA I	MONICA II	MONICA III	CATI I	CATI II
E1	-	-	33.4 (27.0;39.7)	28.7 (19.6;37.8)	23.2 (11.2;35.3)
E2	-	-	46.9 (41.1;52.7)	38.8 (29.4;48.1)	30.9 (22.6;39.1)
E3	-	-	45.6 (40.1;51.1)	41.2 (32.2;50.2)	31.7 (23.8;39.5)
E4	-	-	40.7 (30.9;50.6)	33.8 (21.5;46.0)	32.2 (18.8;45.5)

**Tableau 5** Appartiennent au 3ème tertile du BMI (Charleroi; hommes+femmes 18-69 ans)

	MONICA I	MONICA II	MONICA III	CATI I	CATI II
E1	51.2 (44.0;58.4)	48.7 (41.5;55.9)	53.4 (45.6;61.2)	37.5 (27.9;47.2)	27.3 (16.1;38.6)
E2	39.2 (30.6;47.8)	33.9 (26.5;41.2)	38.3 (31.4;45.3)	23.0 (15.3;30.8)	30.4 (22.3;38.4)
E3	35.7 (28.9;42.6)	36.8 (30.1;43.5)	34.4 (28.0;40.9)	27.8 (18.3;37.3)	26.2 (18.6;33.8)
E4	23.1 (15.0;31.3)	32.0 (20.2;43.8)	20.4 (10.6;30.1)	15.9 (7.5;24.4)	24.7 (13.4;36.1)

quête (MONICA: valeurs mesurées; CATI: valeurs reportées), les sujets (surtout féminins) ayant tendance à sous-reporter leur poids.

En matière de conclusion on pourrait avancer qu'une tendance de fond semble présente. Celle-ci va dans le sens d'une amélioration des comportements alimentaires.

Des différences sub-régionales ressortent des données (non reproduites ici). De

même, il existe des indications d'une amélioration contrastée de certaines habitudes alimentaires (utilisation de beurre, huile végétale,...) favorable à la zone d'intervention par rapport à la zone contrôle.

Une association est fréquemment observée entre comportement alimentaire et niveau d'éducation.

Qualitativement, en ce qui concerne les matières grasses, ces différences sociales

semblent se compenser ('score de graisse'). Ceci est compatible avec la disparition constatée du gradient social de cholestérolémie. L'obésité reste néanmoins fortement associée avec le niveau d'éducation.

**P. de Smet, M. Kornitzer, D. Piette** (Ecole de Santé Publique ULB), **M. Lejeune, F. Hoeffelman, L. Berghmans** (Carolo Cardio Santé) ■

## La Santé de l'Homme

### Au sommaire du n°340

#### Nutrition

L'alimentation du sportif, par Anne Brozzetti, diététicienne nutritionniste.

#### Education du patient

Pourquoi s'intéresser à la vaccination?, par Florence Chauvin, chargée de mission au CFES.

#### La santé à l'école

Un parcours insolite: de la violence à la rencontre, par Cathy Belet, respon-



sable du Comité départemental d'éducation pour la santé du Tarn-et-Garonne, Montauban.

#### La santé en chiffres

Vie affective et sexuelle des jeunes de 15 à 19 ans, par Arnaud Gautier, statisticien au CFES.

#### Dossier

Question de poids, un dossier de 24 pages sur l'obésité, coordonné par Elisabeth Locard, médecin pédiatre, Conseil général, ADES du Rhône, en collaboration avec Christelle Martinez, chargée de projets, CDES des Yvelines.

#### Aide à l'action

La place de l'éducation pour la santé dans les programmes régionaux de santé liés à la prévention du suicide

(3e partie), par Fabien Tuleu, chargé de mission au CFES.

#### Cinésanté

Zonzon, par Michel Condé, Centre culturel des Grignous à Liège, et Alain Douiller, ADES Rhône.

#### Environnement

Des plans régionaux pour la qualité de l'air, par Denis Dangaix, journaliste.

L'abonnement à La santé de l'homme (6 numéros par an) est de 190FF pour la Belgique. Le prix par numéro: 34FF.

Pour tout renseignement: La santé de l'homme, Comité français d'éducation pour la santé, 2 rue Auguste Comte, BP51, F-92174 Vanves cedex, tél. 1 41 33 33 33, fax 1 41 33 33 90.

## Bulletin d'Education du Patient

### Au sommaire du n° 1999/1

Livraison consacrée à prévention de la mort subite du nourrisson.

- "C'est si simple de bien commencer la vie...": campagne 1999 de prévention de la mort subite du nourrisson en Communauté française de Belgique, par Jean-Luc Collignon, Marie-Madeleine Leurquin, Anne Malice, Aurore Vincent.
- Quelles nouvelles stratégies pour la prévention de la mort subite du nourrisson?, par Alain Deccache et Dominique Doumont.
- La prévention de la mort subite du nourrisson en France: évolution his-



torique, par Alain de Broca.

- La prévention de la mort subite du nourrisson en Flandre, par Léo Blancke.
- Consensus sur les mesures de sécurité du sommeil et de prévention de la mort subite du nourrisson, par André Kahn.
- Aperçu des campagnes de prévention de la mort subite du nourrisson menées en Communauté française de Belgique, par Jean-Marie Dbrun, Jean-Luc Collignon, André Kahn.
- Evolution de la mort subite du nourrisson en Communauté française de Belgique: recueil artisanal des données et analyse critique, par Françoise Ravet.
- La lutte contre le tabagisme de l'enfant et de la femme enceinte, par Caroline Rasson.
- Un projet de prévention de la mort subite du nourrisson en milieu hospi-

talier: implication des soignants, par Sylvia De Jonghe.

- Prévention de la MSN: éducation à la santé en maternité, par Jean-Noël Vanhees.
- L'association pour la prévention de la mort subite du nourrisson, par Robert De Baerdemaeker.

Le Bulletin d'éducation du patient est vendu au numéro (250 F pour un numéro simple, 400 F pour un numéro double), ou par abonnement (institution 1000 F, individuel 700 F, pour un an). Ces tarifs sont d'application en Belgique, d'autres tarifs existent pour les pays de la Communauté européenne, ainsi que pour les pays hors-Communauté.

Pour tout renseignement: Centre d'éducation du patient, rue Fond de la Biche 4, 5530 Godinne, tél. (082) 61 46 11, fax (082) 61 46 25, e-mail: cep\_godinne@skynet.be