

Périnatalité**Strasbourg****9 au 11 octobre 1992**

L'association "Action pour l'allaitement" organise une rencontre des groupes francophones de soutien à l'allaitement maternel.

Renseignements: Action pour l'allaitement, rue de Dalhain 19, F-67200 Strasbourg, tél. (00-33)88.27.31.72.

Education nutritionnelle**Wépion****17 octobre 1992**

"Une école à croquer", symposium sur l'éducation nutritionnelle à l'école, organisé par Question Santé en collaboration avec l'I.C.A.N. et le service éducation pour la santé de la Croix-Rouge de Belgique. Samedi 17 octobre 1992, de 8h30 à 17h, au Novotel de Wépion.

Renseignements: Question Santé, Bernadette Lambrechts ou Michèle Malengreaux, rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles, tél. 02/512.41.74.

Santé mentale**Charleroi****28 et 29 octobre 1992**

Colloque sur la santé mentale et le vieillissement.

Renseignements: IEIAS, 071/36.62.73

Soins à domicile**Bruxelles****31 octobre 1992**

Soins et aide à domicile - Le pari de l'autonomie, colloque organisé par l'asbl

Permanence Soins à Domicile (PSD), avec le soutien de la Croix Jaune et Blanche et de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes.

Secrétariat du colloque: Anne Jopart, 02/237.44.63.

Roux

La Croix Jaune et Blanche du Hainaut et le Centre d'Enseignement Supérieur pour Adultes organisent une spécialisation en soins infirmiers à domicile. Conditions d'admission: être titulaire soit d'un titre d'infirmier(ère) gradué(e) ou assimilé, d'accoucheuse, d'infirmier(ère) hospitalier(ère) breveté(e); soit d'un titre d'assistant(e) en soins hospitaliers ou assimilé et compter au moins trois années d'expérience professionnelle. Les cours sont organisés à raison d'une journée par semaine.

Renseignements auprès du CESA, rue de Courcelles 10, 6044 Roux, tél. 071/45.11.08 - 071/45.53.63.

Alimentation**Rome****5-11 décembre 1992**

Conférence internationale sur la nutrition, organisée par l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Renseignements: Secrétariat FAO/OMS pour la Conférence internationale sur la Nutrition, Vialle delle Terme di Caracalla, I-00100 Rome, Italie, ou auprès des bureaux de la FAO ou de l'OMS dans les pays.

Education pour la santé Amsterdam**24 au 26 mai 1993**

3ème Conférence européenne d'éducation pour la santé, organisée par l'Union Internationale d'éducation pour la san-

té et le Centre néerlandais de promotion de la santé et d'éducation pour la santé. Le thème: Education pour la santé et mass media. Comment communiquer efficacement?

Secrétariat de la conférence: Van Namen & Westerlaken, Congress Organization Services, boîte postale 1558, 6501 BN Nijmegen, Pays-Bas, tél. (00-31)80/234471, fax (00-31)80/601159.

Emploi - demandes

Assistante sociale, bachelière en sciences de la famille et de la sexualité ayant suivi une formation à l'animation en éducation affective et sexuelle. Expérience en éducation pour la santé, centres de consultations conjugales, familiales et de planning, CPAS, maison d'accueil pour enfants et école des devoirs. Coordonnées: Isabelle Hansoul, Drève Maréchal Augereau 7, 1470 Baisy-Thy, tél. 067/77.14.10 après 19h.

Infirmière graduée sociale, deux ans d'expérience dans le domaine de l'éducation du patient diabétique, cherche un emploi dans le domaine de l'éducation pour la santé ou dans celui de l'enfance (ONE, IMS, PMS,...). Secteurs géographiques possibles: Bruxelles, Liège ou Namur. Connaissance pratique de l'informatique. Coordonnées: Pascale Grenez, rue Beun 28, 5300 Andenne, tél. 085/84.24.23.

Changements d'adresse

Le **Bureau européen** de l'Union Internationale d'Education pour la Santé est transféré de Pérouse, en Italie, vers Utrecht aux Pays-Bas, en principe pour six ans.

Bureau européen de l'U.I.E.S., Centre néerlandais de Promotion et d'Education pour la Santé, boîte postale 5104, 3502 JC Utrecht, Pays-Bas, tél. (00-31)30/910244, fax (00-31)30/964082.

L'**Agence Prévention Sida** quitte son château pour se rapprocher du centre de Bruxelles: rue de Haerne 42, 1040 Bruxelles. Tél.: 02/627.75.11. et fax 02/627.75.12.

EDUCATION SANTÉ

UN OUTIL AU SERVICE DES INTERVENANTS EN EDUCATION POUR LA SANTE DANS LA COMMUNAUTE FRANCAISE DE BELGIQUE

Réflexions

Cent bonnes raisons de se former, par *Martine Bantuelle*, p.4

Epidémiologie: l'exemple des intoxications au CO, par *Bernadette Tissot*, p.11

L'évaluation, clé de l'évolution du programme RAS, par *Chantal Vandoorne, Michel Demarteau et Claudine Kéfer*, p.14

La prévention des brûlures en BD, par *Martine Bantuelle et Axel Roucloux*, p.22

Initiatives

L'Autre Cirque ou l'école du risque, par *Philippe Mouchet, Chantal Vandoorne et Martine Bantuelle*, p.24

Les multiples facettes de la prévention des accidents domestiques de l'enfance, par *Chantal Vandoorne, Brigitte Marchand, Mireille Delestrait et Violaine Van Cutsem*, p.26

Une action pilote en milieu scolaire, par *Nicolas du Bled et Eric Motte*, p.29

Le secoursisme nouveau est arrivé, par *Viviane Delegher*, p.31

La sécurité des personnes âgées, par *Carine Lorent et Eric Jauniaux*, p.33

Un réseau média au sein du Réseau Actions Sécurité, par *Philippe Mouchet*, p.35

Documentation

Des adresses et des références, par *Alain Goossens*, p.39

Lu pour vous

Six brochures pour mieux comprendre les accidents domestiques, p.42

Vu pour vous

Des chemins sans risque dans la maison, p.46

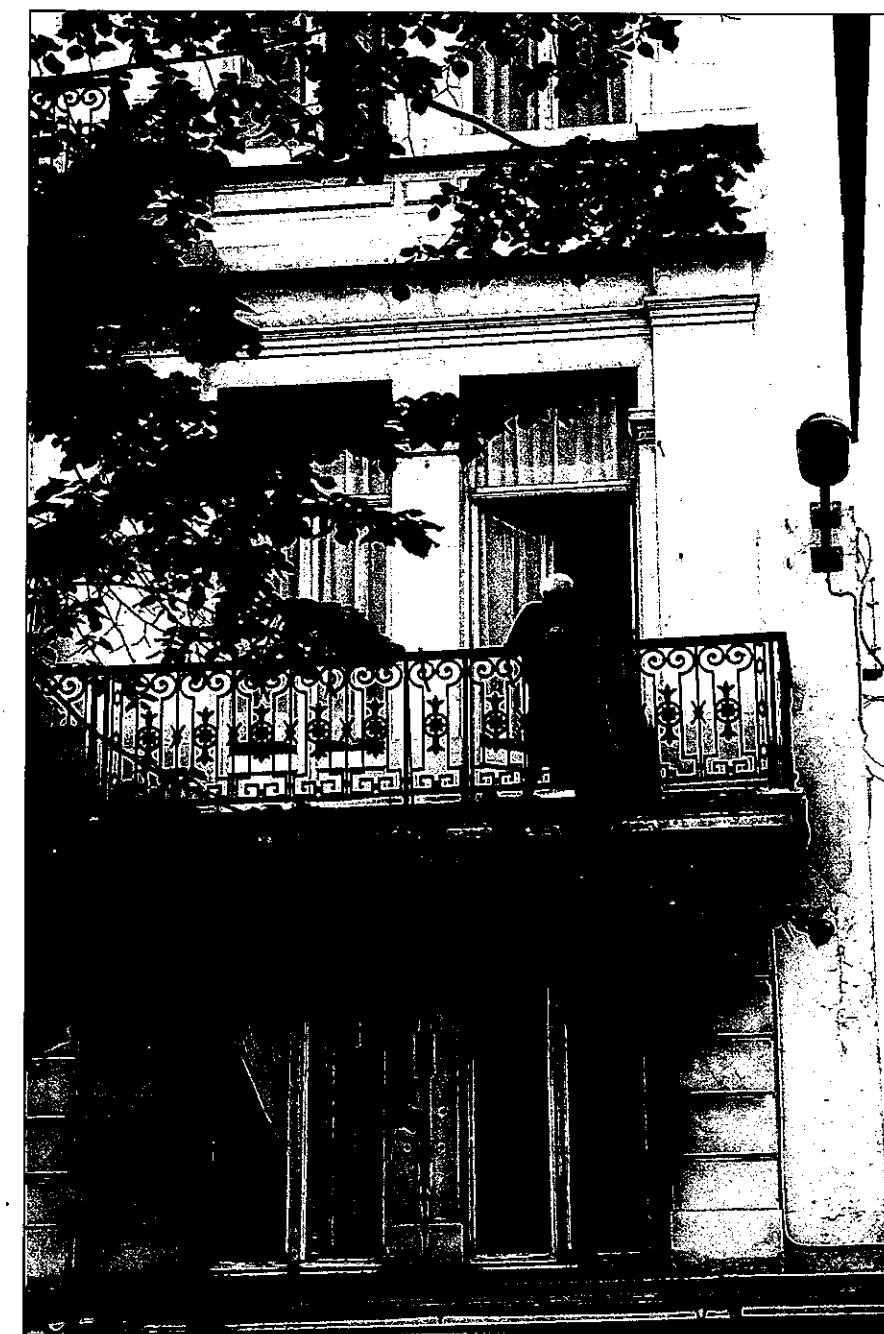


Photo: Zafar

Accidents domestiques

le Réseau Actions Sécurité s'étend en Communauté française



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



Le Réseau Actions Sécurité

Ces dernières semaines, quatre enfants de moins de dix ans, tous domiciliés dans la province de Hainaut, ont trouvé la mort, trois par noyade dont deux en piscine et un dans une fosse septique et le quatrième par ingestion de produits toxiques.

Quotidiennement, les journaux, la radio et la télévision témoignent de l'ampleur de cet important problème de santé que sont les accidents (cf. Santé Pluriel 7/8), et pas seulement les accidents de la circulation.

Paradoxalement, nous devons constater que l'investissement dans le domaine de la recherche appliquée en prévention des accidents est extrêmement faible en comparaison des autres problèmes majeurs de santé publique.

Ce manque d'intérêt manifesté par les décideurs engendre un état d'esprit fataliste de la part de la population, accentué par la connotation que revêt le mot "accident" à savoir, un événement fortuit, qui porte peu à l'intervention.

Le paradoxe s'accroît encore quand on compare les moyens déployés pour permettre la naissance d'enfants, qui sans cela n'auraient jamais vu le jour, et ceux qui permettent d'éviter leur mort accidentelle. A quoi auront servi les dépenses en enseignement, si des jeunes se trouvent dans l'incapacité de poursuivre leur carrière professionnelle parce qu'un accident les aura laissés gravement handicapés ?

Le coût élevé des accidents, non seulement en termes financiers pour la société, mais également en conséquences sociales et affectives pour les victimes et leurs familles, doit inciter les décideurs, les intervenants et la population à réagir.

La complexité de l'événement accidentel laisse entrevoir les facteurs concomitants qui en déterminent la survenue: sociaux, biologiques, psychologiques, économiques, politiques, physiques, physiologiques. L'objectif de la prévention doit se diriger vers ces facteurs de risque et permettre le développement des conditions favorables à la sécurité et plus largement à la santé et au bien-être (vision écologique de la santé).

C'est dans la sensibilisation à cette réalité que l'éducation pour la santé revêt toute son importance; son rôle est d'aider à l'identification des problèmes et de leurs causes et à la mise en place des conditions nécessaires pour les surmonter. Cela implique l'échange, le partenariat et la concertation avec la population, ses leaders, ses représentants et les organisations susceptibles d'être concernées.

C'est dans cette direction que se dirige le projet RAS (Réseau Actions Sécurité) qui couvre l'ensemble de la Communauté française.

Le présent numéro d'Education Santé a pour ambition de vous faire partager les réflexions, les réalisations et des projets des membres de RAS.

Les stratégies adoptées pour le Réseau Actions Sécurité sont l'approche communautaire et la conscientisation. Ces stratégies impliquent une démarche à l'échelon local, proche de la population et de ses besoins, intégrant les acteurs sociaux, culturels, éducatifs et sanitaires. L'approche communautaire repose sur le partenariat et l'intersectorialité.

Dans le projet RAS, il existe un partenariat à l'échelle de la Communauté française entre 11 organismes (pour les adresses, consultez la rubrique Documentation) et un partenariat local animé par les Commissions Locales de Coordination en Education pour la Santé. Ce sont les liens tissés entre les équipes locales et l'équipe communautaire qui, progressivement, construiront le réseau (voir tableau 1).

Grâce à la concertation, les partenaires du réseau ont articulé leurs pratiques et harmonisé leurs orientations, leurs stratégies d'intervention et leurs actions concrètes. Plus encore, ils ont préparé des projets et réalisés des activités en commun.

Pour pouvoir prendre en compte tous les déterminants de l'accident, la concertation s'est effectuée dans une approche intersectorielle où les intervenants appartenant à différents secteurs de l'organisation de la société coordonnent leurs moyens et leurs efforts pour résoudre un problème (voir tableau 2).

Au préalable, des conditions de réussite doivent exister, la conscientisation et la participation.

Il s'agit d'amener les travailleurs et intervenants des multiples secteurs à se préoccuper de sécurité voire de santé et intégrer cette préoccupation dans les décisions qu'ils pourraient prendre. Des voies pour y parvenir: la conception d'outils (voir l'article de Chantal Vandoorne, Brigitte Marchand, Mireille Delestrait et Violaine Van Cutsem sur la petite enfance et la présentation par Viviane Delegher du nouveau cours de secourisme de la Croix-Rouge de Belgique); la formation (j'y reviens aussi dans ce numéro "spécial RAS"); l'organisation d'événements (voir l'article sur l'Autre Cirque); l'action pilote (voir le texte d'Eric Motte et Nicolas du Bled).

Les intervenants sont avant tout des acteurs; ils participent:

- à l'analyse du milieu (récolte de données, état des lieux, repérage des ressources, comme nous l'explique Bernadette Tissot);
- à la recherche de solutions (étude de faisabilité, connaissance socio-culturelle du milieu concerné, évaluation du seuil de tolérance de la population);
- à la réalisation de l'action (choix du langage, des modes d'intervention, des intervenants - des exemples concernant le public des personnes âgées sont décrits par Carine Lorent et Eric Jauniaux);
- à l'évaluation de l'intervention (le processus, l'impact, le changement en sont les éléments essentiels, comme nous le rappellent Michel Demarteau, Chantal Vandoorne et Claudine Kefer d'une part, Axel Roucloux d'autre part).

La mise en oeuvre du programme RAS ne se fait pas sans mal, les conditions nécessaires à son succès sont autant d'obstacles, tant au point de vue personnel, qu'intellectuel, professionnel et organisationnel. Le partenariat et la concertation supposent une remise en question des pratiques habituelles et la mise en place d'un nouveau cadre de référence.

Tant au niveau des personnes que des organismes, la recherche de l'efficacité impose de multiples contraintes:

- être capable d'adhérer à des objectifs et à une démarche commune;
- être capable de se considérer comme un service investi d'une res-

Actualités

Cancer

Bruxelles et Liège

16 septembre, octobre, novembre, décembre 1992

Cancer et Psychologie propose des séminaires de formation à l'accompagnement psychologique du malade cancéreux, pour les soignants et les bénévoles.

A Bruxelles:

- soirée d'information le mercredi 16 septembre 1992 à 20 heures;
- formation de base: les dimanches 11, 18 et 25 octobre 1992, de 10 à 18 heures;
- formation à l'accompagnement des mourants: les 21 et 22 novembre 1992, de 10 à 18 heures.

Renseignements et inscriptions: Cancer et Psychologie, avenue de Tervueren 215, 1150 Bruxelles, tél. 02/735.16.97.

A Liège:

- formation de base: les samedis 10, 17 et 24 octobre 1992, de 10 à 18 heures;
- gestion du stress du soignant: les 12 et 13 décembre 1992, de 10 à 18 heures.

Renseignements et inscriptions: Cancer et Psychologie, rue des Augustins 55, 4000 Liège, tél. 041/21.10.99.

Périnatalité

Namur

17 septembre 1992

"Les compétences du nouveau-né", conférence tout public du Dr Marie Thirion, à la Maison de la Culture de Namur, rue Golenvaux 14, à 20h30. P.A.F. 300 francs. Pas d'inscription préalable.

Renseignements: Françoise Moyersoen, avenue Bois Williame 32, 5101 Erpent, tél. 081/31.04.39.

17, 18, 21 et 22 septembre 1992

Journées d'études et conférences sur l'allaitement, comme compétence et relation entre une mère et son bébé; les objectifs globaux de ces journées seront de comprendre les rythmes du nourrisson, les modèles d'intervention qui respectent ces rythmes, les émotions, les liens qui se construisent.

Public visé: les 17 et 18 septembre 1992,

professionnels socio-éducatifs et animateurs d'associations; les 21 et 22 septembre 1992, professionnels de la santé intra ou extra-hospitaliers en contact avec les nouveaux-nés et leurs parents.

Lieu à préciser ultérieurement. Groupes de travail limités à 20 personnes. Prix: 17-18/9 - 3000 francs; 21-22/9 - 5000 FB.

Renseignements: Françoise Moyersoen, avenue Bois Williame 32, 5101 Erpent, tél. 081/31.04.39.

Liège

19 septembre 1992

L'allaitement maternel. Journée de rencontre et de réflexion pour professionnels organisée par le Comité Subrégional de l'O.N.E. à Liège. Conférence, débats, ateliers (sur inscription: le choix de la mère - l'information pendant la grossesse; à la maternité, les mères et les professionnels; le retour à domicile, l'accompagnement de l'allaitement; la communication sociale autour de l'allaitement).

Lieu: Auditorio de l'Université de Liège, Sart-Tilman. Prix: 400 FB.

Renseignements et inscriptions: Comité Subrégional de l'O.N.E., Bd E. de Laveleye 40, 4020 Liège, tél. 041/43.00.06.

Travail social

Marche-en-Famenne

24 septembre 1992

Le Groupe Famenne-Ardenne invite à une journée d'études sur le thème de l'identité et de l'identification: "Profession, intervenant social: des mots pour le faire".

Renseignements: SREP asbl, rue des Ecomennes 16, 6900 Marche, tél. 084/31.60.26.

Promotion de la santé

Sherbrooke et Montréal

27 septembre au 2 octobre 1992

3ème colloque international francophone des Villes et Villages en santé. Renseignements: C.P. 610, Sherbrooke, Québec, J1H 5H9.

Epilepsie

Montignies-sur-Sambre

29 septembre 1992

"L'épilepsie, maladie à démystifier", conférence tout public organisée par l'Echevin de la Santé Aimée Biernaux. Lieu: Espace Santé, avenue de la Crèche 13, 6061 Montignies s/Sambre, à 19h30. Renseignements: 071/27.98.11.

Travail social

Charleroi

5 octobre 1992

L'analyse transactionnelle en travail social, séance d'information sur le déroulement d'une formation organisée d'octobre 1992 à octobre 1994. Public visé: travailleurs psycho-médico-sociaux des secteurs associatifs ou public. Lieu de la séance d'information: rue Léon Bernus 14, 6000 Charleroi, à 20 heures.

Date limite d'inscription à la formation: le 10 octobre 1992. Prix: 8000 francs à l'inscription.

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

Audiovisuel

Royan

7 au 9 octobre 1992

1er festival de la Commission des Communautés européennes des audiovisuels en éducation pour la santé. Palais des Congrès, Royan, France.

Renseignements: Madame M. Massard, Palais des Congrès, B.P. 102, F-17201 Royan Cédex, tél. (00-33)46.39.86.67, fax (00-33)46.38.52.01.

Promotion de la santé

Bordeaux

8 au 10 octobre 1992

Promotion de la santé et développement social: troisièmes journées d'étude.

Renseignements: IEREPS, Place de la Victoire 3 ter, Faculté de Médecine, F-33046 Bordeaux, tél. (00-33)56.91.71.27, fax (00-33)56.92.60.91.

Des chemins sans risque dans la maison

Un papy et une mamy dynamiques s'apprentent à accueillir leurs petits-enfants pour la journée. L'aîné, Daniel, a six ans, alors que sa soeur cadette, Myriam, est un petit bout de chou qui sait déjà marcher. Il s'agit donc de faire attention, et de prévenir les problèmes en repérant les dangers et en aménageant les locaux en conséquence. Cela bouscule quelques habitudes, et les deux seniors se rendent compte après le départ des enfants (tout s'est très bien passé, n'ayez crainte!) que leur propre sécurité est améliorée par les petites modifications qu'ils ont apportées à leur logement.

"Des chemins sans risque dans la maison", vidéogramme de 21 minutes, a été réalisé en 1991 par l'Institut Européen Interuniversitaire de l'Action Sociale (IEIAS).

Grâce à la petite fiction décrite ci-dessus, pas mal de sujets tournant autour des accidents domestiques sont abordés de façon vivante et sympathique, sans éviter toujours des accents un peu trop "programme éducatif", mais sans tomber non plus dans le piège de la dramatisation à outrance, souvent utilisée dans le domaine.

L'histoire est ponctuée par deux interviews, de Bernadette Tissot et B. Petit (kiné) commentant des tableaux chiffrés assez impressionnants sur la fréquence des accidents domestiques en Belgique. Il y a aussi deux histoires vécues: une dame qui a fait une chute d'un escabeau, reproduisant à ses dépens la célèbre blague du fou qui repeint son plafond, puisqu'elle s'est retrouvée par terre accrochée à son rouleau à peindre; un monsieur qui, plantant des oignons en s'aidant d'une planche pour s'agenouiller, a vu au dernier moment des clous dépassant du bois qui auraient pu le blesser méchamment.

On mettra au crédit de ce programme le fait qu'il présente les problèmes et leur solution, une solution simple, marquée le plus souvent au coin du bon sens.

Autre élément à retenir, l'intérêt de présenter des grands-parents jouant un rôle actif auprès de leur famille est double. D'une part, cela renvoie une image positive et dynamique de la personne âgée et, d'autre part, cela permet de contourner le manque d'intérêt que manifeste souvent l'adulte âgé pour sa propre sécurité.

Pour tout renseignement: Carine Lorent, IEIAS, rue du Débarcadère 179, 6001 Marcinelle. Tél.: 071/43.20.72.

Le service aux éducateurs "audiovisuel" déménage...

Ce n'est pas un poisson d'avril à retardement. Après Namur, après Liège (Palais des Congrès), après Liège (rue Louvrex), le service de la Médiathèque de la Communauté française de Belgique gérant la collection "éducation pour la santé", décidément atteint de bougeotte aiguë, quitte la Cité Ardente pour Bruxelles.

Voici sa nouvelle adresse, valable à partir du 15 septembre: Place Flagey 18, 1050 Bruxelles, tél.: 02/640.38.15. Il s'agit en quelque sorte d'un retour aux sources de la communication. Pour de plus amples renseignements, nous ne saurions trop vous recommander la lecture du "Réseau Madou", une excellente bande dessinée de Goffin et Rivière (Casterman)...



D'autres références

"Des chemins sans risque dans la maison" figurera bientôt dans la collection "Education pour la santé" de la Médiathèque de la Communauté française de Belgique. Il y rejoindra quelques autres vidéos intéressantes, même si certaines d'entre elles commencent à vieillir.

En consultant l'index des mots-clés du catalogue de la collection à "Accident domestique", on trouve une quinzaine de références, soit quelques programmes de plus qu'en consultant la rubrique "Accidents":

- Archibald le Magichien (séquences "Les négligences d'Alchigor", SG9001, "Al Sparadra, SG 9004 et "Au royaume de Trois-Pommes", SG 9010);
- En attendant le docteur (Autant Savoir, 1988, SA 1339);
- Les accidents dans la maison (FUNOC, 1983, SG 4001);
- Les accidents domestiques (Autant Savoir, 1980, SA 0050 et 0051);
- Attention au monoxyde de carbone (CEP, 1988, SQ 5000);
- Brûle pas tes doigts (Autant Savoir, 1982, SA 0298);
- Intoxications à la maison (CDCS, 1980, SH0003);
- Le monoxyde de carbone (Autant Savoir, 1988, SA 1301);
- Pépin Câlin (CFES, 1981, SG 3001, 3002, 3003 : le parc; le somnifère; le bain; la grange; la fenêtre; la javel; le tracteur; le four; la scie; le déménagement; les patins);
- Une matinée comme les autres (Croix-Rouge de Belgique, SG 7002). ■

- responsabilité pour être plus efficace au profit du bien commun;
- être capable de supporter la frustration du travail à long terme;
- être capable d'être autonome tout en respectant les différences;
- être capable de s'ouvrir aux autres milieux professionnels;
- être capable de travailler en équipe;
- être capable de respecter le rythme de chacun tout en se stimulant réciproquement;
- vouloir soumettre son travail à une analyse critique constante;
- vouloir la transparence;
- vouloir être rigoureux et augmenter ses compétences par une formation permanente;
- vouloir une évaluation pertinente et oser en appliquer les résultats;
- oser sortir des sentiers battus et innover dans les solutions et les pratiques.

Ces conditions tiennent de la performance. C'est néanmoins un défi à relever non seulement par les intervenants du terrain mais aussi par tous les décideurs, quel que soit leur niveau de pouvoir. Il leur revient de mettre en place les structures et les moyens favorisant une véritable promotion de la santé.

Martine Bantuelle, Educa-Santé

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

Rédacteur en chef: Christian De Bock.

Conseiller de la rédaction: Jacques Henkinbrant.

Secrétaire de rédaction: Bernadette Taeymans.

Secrétaire de rédaction adjoint: Roger Swinnen.

Rédaction, documentation, abonnements: Maryse Van Audenhaege.

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

Editeur responsable: Jean Hallet.

Maquette: Philippe Maréchal.

Composition, photogravure et impression: Economat ANMC.

Tirage: 2500 exemplaires.

Diffusion: 2000 exemplaires.

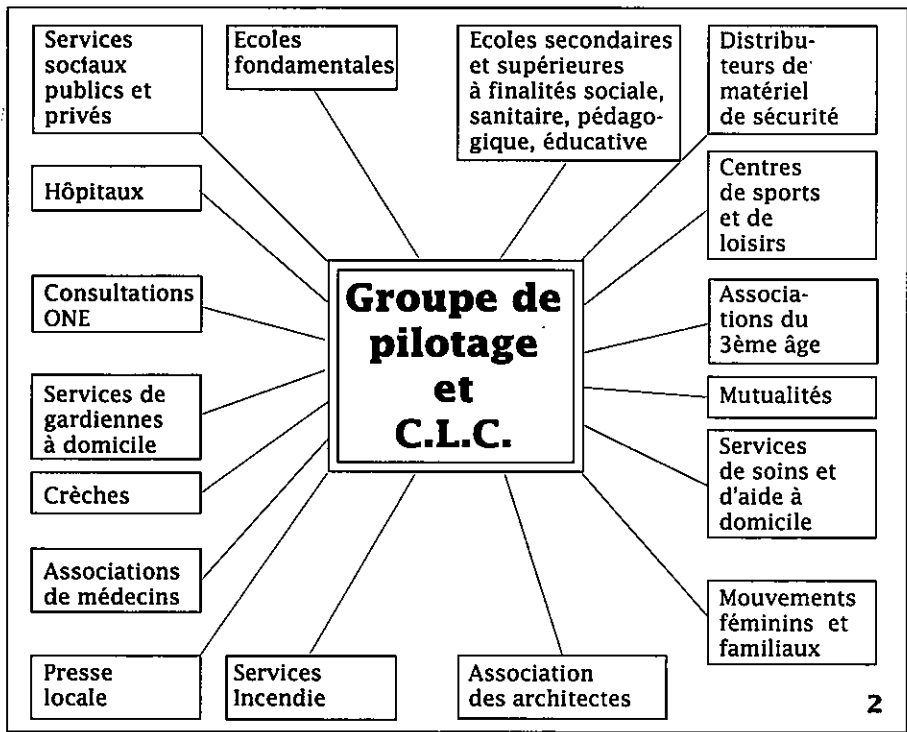
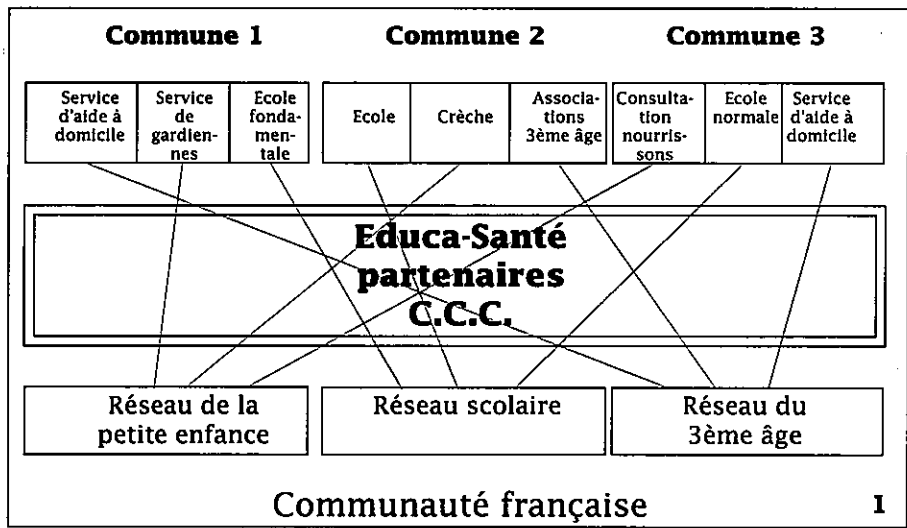
ISSN: 0776 - 2623.

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

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

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

Ont collaboré à ce numéro: Martine Bantuelle, Viviane Deleger, Michel Demarteau, Mireille Delestrait, Nicolas du Bled, Alain Gossens, Eric Jauniaux, Claudine Kéfer, Carine Lorent, Brigitte Marchand, Eric Motte, Philippe Mouchet, Michel Pettiaux, Axel Roucloux, Agnès Schiffino-Leclercq, Bernadette Tissot, Violaine Van Cutsem, Chantal Vandoorne, Martine Verduyts



R.A.S. Cent bonnes raisons de se former

"Chaque fois qu'elle passe près de cet endroit du jardin, elle revit la même douleur, la même angoisse. Elle se souvient de ce dimanche d'été, quand elle a dit à la petite: "Papa est parti, il ne reviendra plus". C'est ce jour-là qu'il avait décidé de retailer les haies, il est mort électrocuté."

Des histoires réelles comme celle-ci, il s'en passe malheureusement tous les jours. Evidemment, quand on imagine que cela pourrait arriver à une personne qui nous est chère, on est envahi par un sentiment de révolte et on se dit qu'il faut faire quelque chose. Cela paraît simple et souvent les réponses commencent par "il suffit de..."

Pourtant quand on reconstruit le scénario de l'accident, on se rend compte qu'il ne s'agit pas d'un simple processus de cause à effet, que des éléments de nature différente interviennent, que le problème est beaucoup plus complexe qu'il n'y paraît.

De l'utilité de se former

La prévention des accidents doit non seulement être considérée comme une priorité mais aussi intégrée dans les pratiques de chaque service socio-sanitaire et de chaque intervenant.

La problématique des accidents fait l'objet de connaissances théoriques et pratiques qui doivent être diffusées par l'intermédiaire des services qui gèrent les programmes de prévention. Ceux-ci doivent donc bénéficier de l'enseignement nécessaire pour bien comprendre l'accident et sa prévention, et leur personnel devra être formé à son application.

Ces deux activités sont indispensables pour que soient largement couvertes les populations à risque d'accident. Cela implique non seulement la diffusion d'un certain nombre d'informations, mais aussi l'intégration de modules de formation spécifiques dans les activités d'éducation et de formation existantes voire même la création de ces activités là où elles sont inexistantes.

Il importe que cette formation ait lieu à tous les niveaux: depuis les gestionnaires jusqu'aux intervenants de terrain. En effet, même lorsqu'on constate un engagement à l'égard de la lutte contre les accidents de la part des directions des services, il arrive souvent qu'il ne puisse pas être traduit dans la pratique en raison de l'insuffisance des connaissances et de l'absence d'une formation adéquate.

Il reste bien sûr à déterminer un contenu approprié qui fasse autant appel à la connaissance qu'à la mise en pratique.

Des ressources pour la formation

Un programme de formation pourra se construire grâce aux ressources disponibles dans notre pays et à l'étranger. Nous essayerons ici d'en faire l'inventaire, sans doute incomplet, sans oublier les lacunes qui seront autant de recommandations pour la recherche.

Les données épidémiologiques

La connaissance actuelle des accidents est bâtie essentiellement sur les apports épidémiologiques.



Ceux-ci déterminent la distribution parmi la population, les types d'accident, les lieux de survenue, les objets impliqués dans l'accident, les conséquences en terme de mortalité et morbidité (cf. Santé Pluriel 7/8).

Dans certains cas, le recours à des sources de données diversifiées, même parmi les moins connues, contribue à parfaire la connaissance d'un type d'accident. La récolte de données à l'échelon local est à encourager. L'établissement d'un registre permanent, inexistant à ce jour, permettrait une évaluation des résultats des actions menées.

En Belgique, nous ne possédons que peu de renseignements permettant d'établir les causes probables et les circonstances des blessures accidentelles, mortelles ou non. Celles-ci résultent le plus souvent d'une interaction complexe de facteurs liés à l'être humain, à un produit et à l'environnement. Ces facteurs interagissent avant, pendant et après l'événement.

Avant l'événement, ils déterminent la survenue de celui-ci; pendant l'événement, ils conditionnent la gravité et après l'événement, les conséquences dans le temps.

A l'étranger, des recherches ont été effectuées sur des facteurs isolés mais elles ne permettent pas d'en comprendre l'interaction.

Davantage de recherches sont nécessaires pour connaître l'interaction des facteurs à chaque phase, connaissance indispensable à la mise en place d'interventions efficaces.

Au Canada, les investigations des décès par les coroners s'avèrent très utiles lorsqu'il s'agit de mieux connaître les circonstances de plusieurs types de décès accidentels et d'inspirer des pistes de prévention;

le diabète, l'autonomie et la personne âgée (incontinence urinaire), l'oncologie, la cardiologie, et enfin, structure et personne ressource en éducation du patient. Le numéro 2 de juin 1992 présente un dossier spécial "Enfance".

Au sommaire:

- L'enfant, sa santé et le généraliste;
- Elaboration d'un outil pédagogique préparant les enfants à l'hospitalisation;
- La dédramatisation de l'hospitalisation des enfants d'âge préscolaire pour une intervention chirurgicale bénigne;
- Douleur et angoisse atténuées par le jeu dans un service de pédiatrie;
- L'éducation du patient peut-elle améliorer l'efficacité de la prise en charge de l'enfant asthmatique?;
- Dédramatisation de l'hospitalisation de l'enfant. Elaboration d'un film vidéo "L'enfant à l'hôpital".

Centre d'Education du Patient, avenue Thérassé 1, 5530 Yvoir. Tél.: 081/42.22.08, fax 081/42.25.49. ■

Deuils et naissance

La revue L'Enfant consacre un double numéro aux actes du colloque organisé les 20 et 21 avril 1990 autour du deuil périnatal et de ses répercussions sur les enfants nés ou à venir.

Mort subite du nourrisson, perte d'un jumeau, handicap congénital, fausses couches, ne sont que quelques-uns des drames pouvant toucher des familles et des équipes néonatales. Comment peuvent réagir ces équipes, comment peuvent-elles accompagner les parents en surmontant leurs propres doutes, qu'attendent réellement ceux-ci? Quelles questions auxquelles les participants à ces journées ont tenté de répondre, au travers de leur témoignage et de leur expérience.

Deuils et naissance, ONE, Revue L'Enfant, 1992, 200 pages, 300FB. ■

Comment élever un enfant allergique?

Les enfants nés de parents allergiques présentent eux-mêmes des symptômes d'allergie, qui se concrétisent très tôt par la croûte de lait, des problèmes digestifs (coliques, régurgitations), de l'eczéma, de l'asthme, une toux chronique ou des bronchites à répétition.

Or, la solution pour prévenir ces symptômes semble être le simple fait de soustraire le nouveau-né issu d'une famille d'allergiques aux contacts avec les allergènes les plus dangereux, comme les laits artificiels et la poussière de maison.

Dans son livre, le Docteur Claude Quersin montre, par des exemples précis, comment il a pu faire disparaître chez des enfants fort atteints ces diverses manifestations de l'allergie par des mesures simples, telles un changement de régime alimentaire ou des mesures d'hygiène domestique pour éliminer la poussière au maximum, et sans recourir à un traitement médicamenteux.

Ce livre s'adresse donc essentiellement aux parents d'enfants qui présentent de tels problèmes et sans doute les soulagera-t-il; on pourrait toutefois regretter que le style et le vocabulaire soient un peu trop médical, notamment dans l'exposition clinique des différents cas qu'il a lui-même traités.

C. QUERSIN, Comment élever un enfant allergique, Bruxelles, Ed. Vander, 1991, (Savoir), 195 pages, 490 francs. ■

Si vous avez des informations brèves à communiquer à nos 6000 lecteurs, ayez le réflexe Actualités.

Notre rubrique est la vôtre.

Dernière limite: le 10 de chaque mois.

Comprendre l'économie de santé

L'IBES, Institut Belge de l'Economie de la Santé, présente sa première publication concernant les bases théoriques de l'économie de la santé, domaine scientifique situé au carrefour de la médecine et de l'économie.

Elle est conçue pour sensibiliser tous les interlocuteurs concernés par les problèmes de coût de la santé. Les concepts et éléments de base sont explicités et accompagnés d'un glossaire bien utile. Le document comporte des chapitres sur l'environnement et le coût de la santé, la consommation des soins de santé et l'évaluation économique des soins de santé.

La présentation du contenu est claire et précise, ce qui facilite l'approche d'un domaine relativement complexe.

Ce livre peut intéresser tous ceux qui souhaitent aborder la réflexion sur les coûts et bénéfices de différentes solutions thérapeutiques: décideurs, usagers, prestataires,...

L'intention des auteurs est de présenter le cadre théorique de l'économie de la santé et préciser ainsi le champ dans lequel ils développeront ultérieurement des recherches. L'IBES est en effet largement financé par l'industrie pharmaceutique et les sujets de recherches vers lesquels ils s'orientent concernent principalement le médicament. Cela n'enlève rien à l'intérêt de cette première publication qui intervient dans une période où le problème du coût des soins de santé est bien présent.

Dr.C.COURTOIS, IBES, Comprendre l'économie de santé, 1992, 48 p., 200 FB.

Pour tous renseignements complémentaires, vous pouvez vous adresser à l'IBES, rue Léon Théodor 102, 1090 Bruxelles. ■

Aide à domicile

Soutenir l'autonomie de vie des personnes âgées, c'est l'objectif de celle que l'on appelle en France "l'aide à domicile". Appellation unique? Certes pas.

"Aide ménagère, travailleuse familiale, aide familiale, auxiliaire de vie, auxiliaire familiale, aide à domicile, garde à domicile, garde malade...". Autant de noms - dont aucun n'est satisfaisant ou juste - pour désigner le rôle de cet intervenant au domicile si proche du "quotidien des personnes".

Bien sûr, il faut des définitions, des règlements (sinon comment délimiter les compétences et les tâches, comment éviter les abus possibles?) mais René Raguénès met en garde: "les règlements sont souvent inadaptés dans les cas particuliers... C'est d'ailleurs pour cette raison que les aides ménagères ont souvent été définies par la négative. Contraindre une aide ménagère par un règlement qui lui dicte des choses à faire et des choses à ne pas faire est insatisfaisant".

L'auteur s'étend longuement sur l'instauration du C.A.F.A.D. (Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile).

Défini par arrêté ministériel en 1988, le C.A.F.A.D. met en évidence deux idées importantes: l'expression "aide à domicile" (qui remplace celle d'aide ménagère); "la polyvalence" des aides à domicile appelées à travailler dans les familles avec enfants, chez des handicapés et chez des personnes âgées.

A ces aides à domicile, René Raguénès propose des outils:

- pour se coordonner avec d'autres partenaires;
- pour soutenir les aidants familiaux, ce qui est, selon nous, le défi majeur pour les 10 années à venir dans le secteur des soins à domicile;
- pour se former: le programme du C.A.F.A.D. est largement évoqué.

A retenir la distinction faite (comme agents de la santé) entre: l'aide à domicile (prévenir, répondre aux urgences, informer), l'aide soignante (assurer les soins d'hygiène sous la supervision d'une infirmière

coordinatrice) et l'infirmière (prescrire les actes codifiés et selon la prescription du médecin).

Ceux qui ont lu les travaux de C. Rogers n'apprendront rien dans la deuxième partie du livre. Si ce n'est l'application tout à fait limitée de la théorie rogerienne au contexte de l'aide à la personne âgée. Il y est question d'écoute active, de reformulation...

La même critique s'impose pour la troisième partie dans laquelle des outils d'observation (dont le GERONTE) et de communication sont expliqués. D'autres auteurs les ont analysés de manière plus précise et dans un contexte plus large.

Ne me comprenez pas mal cependant... Qui tourne la dernière page de ce livre n'a pas perdu son temps! Il situera mieux la profession d'aide à domicile et sa relation avec les autres acteurs professionnels. Et s'il agit parfois comme formateur de ces intervenants, il y aura trouvé des orientations et des idées précises.

R. RAGUENES, *Aide à domicile - Rôle et méthodes de travail*, Paris, Ed. Frison-Roche, 1991, 142p.

Agnès Schiffino-Leclercq ■

L'indispensable

Si vous avez lu notre nouvelle rubrique "Documentation" dans le numéro de mai, vous le connaissez sûrement, vous l'avez peut-être déjà consulté. L'annuaire 1992 des équipes et organismes actifs en éducation pour la santé en Communauté française de Belgique est en effet disponible chez RESODOC à l'UCL.

Cette deuxième édition, considérablement augmentée et améliorée par rapport à la précédente (quant au contenu et quant à la présentation), renseigne aussi bien les services agréés en éducation pour la santé, que des groupes d'entraide, divers services d'information, de travail social ou de soins, pour lesquels tout ou partie de l'activité concerne la promotion de la santé et l'éducation pour la santé. Cela fait 618 références et 260 pages. Un travail de bénédictin (lisez documentaliste)...

Les équipes sont présentées par thème, une cinquantaine en tout. Outre les informations relatives à l'identification de l'équipe, adresse, personne de contact, téléphone, accès, activités et public, on trouvera parfois un petit résumé ou une remarque ainsi que les langues parlées par l'équipe. Cinq index aideront à retrouver l'information recherchée: personnes, équipes/organismes, sigles, activités/publics et thèmes. Nous avons essayé: ça marche!

Ce document n'est peut-être pas exhaustif, mais ce n'en est pas moins une mine d'informations indispensables pour quiconque travaille dans notre domaine.

L'Annuaire 1992 des équipes et organismes actifs en éducation pour la santé de la Communauté française de Belgique est disponible au prix de 500FB à l'adresse suivante: RESODOC UCL, Faculté de Médecine, Centre Faculté niveau -1, avenue Mounier 50, 1200 Bruxelles, tél. 02/764.56.44.■

Bulletin d'éducation du patient

Les deux derniers numéros de la revue trimestrielle du Centre d'Éducation du Patient présentent des dossiers thématiques tout à fait intéressants.

Le numéro 1 de mars 1992 est consacré à la Troisième Journée d'Éducation du Patient qui s'est tenue à Liège en novembre 1991. Le thème était "Comment communiquer?". Au sommaire de ce numéro, vous trouverez les interventions suivantes:

- Stratégies et moyens pour une politique d'éducation et d'information du patient;
- Parler avec un cerveau;
- Soignant-soigné: relation entre communication, éducation et qualité des soins;
- et la synthèse des ateliers sur l'enfant à l'hôpital, l'alcool, le sida,

en Belgique, le travail mené par Bernadette Tissot dans le domaine des intoxications au monoxyde de carbone est aussi un exemple à suivre.

Les informations sur les interventions

L'évaluation des activités de prévention permet de considérer l'intérêt, la pertinence, l'efficacité de celles-ci. L'évaluation doit être intégrée au processus mis en place, particulièrement si les activités sont réalisées pour la première fois, avec une population nouvelle ou dans des circonstances différentes. Une telle évaluation peut porter sur différents niveaux d'investigation.

Le programme RAS a privilégié une démarche évaluative qui permet de tirer des leçons pour une évolution du programme et pour l'utilisation d'outils d'évaluation. Chantal Vandoorne, Michel Demarteau et Claudine Kéfer développent largement cet aspect du programme dans ce numéro.

Les expériences étrangères enrichissent notre répertoire mais présentent des limites imposées par le cadre culturel et politique dans lequel elles se déroulent.

L'approche de promotion de la santé

Le caractère multifactoriel des accidents nous oblige à envisager une approche qui met en oeuvre simultanément différentes stratégies d'intervention. Celles-ci s'inspirent à la fois de la psychologie, de la pédagogie, de la sociologie et des techniques développées dans d'autres secteurs tels que le marketing, la communication, l'ergonomie, la biomécanique, le lobbying et le changement organisationnel.

L'approche de promotion de la santé suppose une pratique de concertation intersectorielle. Le modèle québécois appliqué aux traumatismes routiers nous montre comment la concertation d'abord instituée à l'intérieur du réseau de la santé

s'est étendue ensuite aux autres secteurs d'intervention.

La promotion de la santé qui prend en compte les conditions sociales influençant la santé implique une mobilisation de la communauté. Les professionnels auront à coeur de soutenir les groupes naturels issus de la communauté, de compter sur leur participation et d'encourager l'utilisation des ressources locales.

Des publics et des contenus de formation

Les priorités de formation sont déterminées par les besoins des acteurs en regard de la position qu'ils occupent et des objectifs de prévention qu'ils s'assignent. Une première priorité est la formation des responsables et gestionnaires de programmes ainsi que des coordonnateurs de programmes car c'est à eux qu'incombe l'encadrement et la formation des intervenants de terrain.

Une deuxième priorité est la formation des coordonnateurs et responsables locaux qui sont amenés à motiver et soutenir les projets mis en place dans leur zone d'influence.

Une troisième priorité est la formation des intervenants de terrain en contact direct avec la population.

La formation des responsables de programmes

La formation doit permettre aux responsables de programmes de prévention des accidents de pouvoir maîtriser un certain nombre de choses:

- estimer un problème en fonction des données, c'est-à-dire déterminer de quel type de données on a besoin et quelles sont les sources de données que l'on va pouvoir utiliser; pouvoir collecter des données manquantes; savoir

analyser les données ainsi rassemblées;

- formuler des stratégies: il s'agit de déterminer des objectifs réalistes et des indicateurs observables, de sélectionner des publics cibles et de choisir les mesures adaptées;

- mettre en oeuvre le programme: cela signifie que l'on puisse trouver les moyens financiers, mobiliser les personnes et services ressources nécessaires, planifier les objectifs et les activités dans le temps et l'espace, trouver ou créer les outils nécessaires, former les intervenants;

- évaluer: il faut pouvoir définir les niveaux et les outils d'évaluation, en déterminer les modalités d'application et être capable de traiter les informations et d'apprécier les résultats;

- travailler en concertation et en intersectorialité: cela suppose de pouvoir choisir des partenaires, de déterminer le rôle et la contribution de chacun, de rendre compte des travaux en cours, d'inviter des personnes ressources externes à participer à la réalisation d'une étape, de solliciter les avis des personnes visées par le programme, d'être clairs sur les partages des bénéfices liés aux réalisations communes.

La formation des coordonnateurs locaux

Le rôle des coordonnateurs locaux réside principalement dans la stimulation, le soutien, la logistique, la diffusion de l'information auprès des intervenants du terrain.

La formation à la prévention des accidents doit s'intégrer dans un processus de formation à la santé globale; néanmoins, des éléments spécifiques à la problématique des accidents y auront leur place.

Les coordonnateurs locaux seront capables:

- d'identifier les accidents les plus fréquents et les groupes à risque;
- d'établir un état des lieux des

ressources (individus, groupes, leaders, institutions) locales mobilisables dans un processus de prévention des accidents;

- d'établir une cartographie de la population selon ses caractéristiques socio-économiques et culturelles, son habitat, son environnement;
- d'identifier les besoins de la population et les réponses qui ont déjà été apportées;
- d'identifier et de mettre en place les conditions nécessaires à la concertation entre les intervenants et nécessaires à l'action;
- d'identifier les ressources externes (experts, institutions, outils, interventions, expériences...) utiles à l'action locale et de mettre en place les conditions d'échange entre elles et les intervenants locaux;
- de guider les intervenants locaux dans la réalisation de l'action et l'évaluation de l'intervention;
- de transférer les indications du programme général à la réalité locale;
- d'informer les coordonnateurs de programmes des résultats des interventions locales.

La formation des intervenants du terrain

La formation doit permettre aux intervenants de mettre en place les actions pertinentes qui favoriseront la disparition des accidents. Les intervenants concernés sont les enseignants, le personnel des crèches, les policiers, les architectes, les juristes, les médecins, les infirmiers, les kinésistes, les travailleurs sociaux, les aides familiales, les aides seniors, les aides ménagères, les décideurs, le personnel des IMS et des PMS, les journalistes, les éducateurs pour la santé, les pompiers, les animateurs de mouvements, les moniteurs sportifs, les moniteurs de plaines de jeux et de camps de vacances, les étudiants des sections à finalité éducative, sanitaire, pédagogique, sportive.

Un exemple de formation: les aides ménagères

Par leur fonction, par leur fréquentation des foyers dans lesquels ils sont amenés à intervenir, les travailleurs des services d'aide aux familles doivent être considérés comme des partenaires privilégiés dans l'éducation à la sécurité. Depuis plusieurs années, Educa-Santé organise des formations à la prévention des accidents domestiques pour les aides familiales, aides seniors, aides ménagères et bricoleurs. Nous présentons ci-dessous quelques points forts de ces formations à la lumière de la dernière demande traitée, celle du service d'aides familiales de Nivelles.

LE SERVICE CONTACTE EDUCA-SANTÉ POUR ORGANISER UN PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE POUR LES AIDES MÉNAGÈRES

Lors d'une première réunion, on analyse avec les responsables du service non seulement la demande de celui-ci (motivation, souhaits), mais aussi les caractéristiques du groupe qui suivra la formation. Dans ce cas, il apparaît que la motivation des aides ménagères pour une formation est très importante. Elle est liée à une volonté de promotion professionnelle. Elles souhaitent renforcer leur implication dans le travail et augmenter leur compétence pour aider mieux les personnes chez qui elles travaillent. Le service a donc décidé de libérer pour la formation 3 ou 4 séances de 4 heures sur l'année.

Par ailleurs, il importe, avant de débiter la formation proprement dite, que toutes les participantes soient sensibilisées à l'importance d'approfondir les problèmes de prévention des accidents domestiques, pour leur propre sécurité mais aussi pour celle des usagers. En effet,

leur motivation de départ ne porte pas sur ce thème en particulier.

Le groupe est composé de 13 personnes, taille qui convient pour les animations.

EDUCA-SANTÉ ORGANISE UNE SÉANCE DE SENSIBILISATION

En voici les objectifs:

- renforcer la sensibilité des aides ménagères aux risques encourus par les enfants, les personnes âgées et elles-mêmes dans l'exercice de leur profession;
- sensibiliser à l'attitude générale de pouvoir "Vivre avec le risque de la vie";
- amener à revoir, réajuster ses comportements et ses attitudes si cela est nécessaire;
- réfléchir ensemble au rôle de l'aide ménagère comme agent de prévention privilégié en matière d'accident domestique auprès des usagers.

L'animation de cette séance de sensibilisation repose sur deux principes généraux :

- l'expression des participantes sur leurs expériences et représentations en matière d'accidents domestiques et de prévention de ceux-ci;
- la construction progressive d'une "toile de fond" de l'accident comme résultante de l'interaction complexe de trois pôles: l'individu (dans ses composantes physiques, psycho-affectives et psycho-sociales), l'environnement matériel (en ce compris les produits), l'entourage humain.

APRÈS CETTE SÉANCE DE SENSIBILISATION, EDUCA-SANTÉ RENCONTRE LE SERVICE POUR ÉVALUER CELLE-CI ET FIXER LE PROGRAMME DE LA FORMATION

Dans ce cas, la séance de sensibilisation a fait apparaître:

stratégie de mobilisation des acteurs locaux, stratégie qui permettra de dépasser une première étape de sensibilisation.

2. Expériences et représentations de l'accident et de la prévention, par C. Vandoorne, C. Kefer, C. Lafontaine, C. Saccamano, 1992, 20 p., 60 FB.

On part ici des mêmes expositions, mais côté visiteurs. Les questionnaires d'évaluation de l'exposition de la Maison Géante à Bruxelles, Liège et Charleroi avaient pour objet de mieux connaître les expériences et les représentations des visiteurs par rapport aux accidents domestiques et/ou incidents. Les points sur lesquels portaient l'enquête sont les connaissances de la fréquence et de la gravité des accidents, la conscience du processus de l'accident et les représentations en rapport avec la prévention. C'est l'adéquation des messages transmis au public lors de l'exposition et leur efficacité qui sont ici évaluées et confirmées. Outre le fait que ce document enrichit notre compréhension d'aspects psycho-sociaux liés aux accidents domestiques, il permet d'envisager de dépasser la première étape de sensibilisation et de développer des objectifs de changement de comportement.

3. Evaluation de la participation des écoles, par C. Philippet, C. Vandoorne, 1992, 11 p., 40 FB.

Etant donnée l'importance du public scolaire tant au niveau de la présence lors des expositions entourant la Maison Géante que des possibilités de mobilisation, une évaluation particulière leur a été consacrée. Les résultats présentés analysent les processus en jeu à différents moments qui entourent la visite: la préparation, la participation et l'exploitation de la visite. Le bilan ainsi réalisé permet de préciser quelques perspectives de travail avec ce public spécifique.

4. Expérience vécue pendant la visite de la Maison Géante, 1992, 16 p., 50 FB.

Pour les auteurs, il s'agissait de vérifier l'efficacité de la visite de la Maison Géante et de cerner le vécu des visiteurs à ce propos. Est-ce que les visiteurs utilisent le matériel, est-ce qu'ils en retirent des émotions, les expriment-ils à d'au-

tres personnes? A partir de plusieurs centaines d'interviews (n=368) réalisées à Namur, les différents résultats sont présentés et commentés. Les conclusions mettent en évidence que l'objectif de prise de conscience du danger est largement atteint.

5. Evaluation de l'impact auprès des visiteurs, 1992, 40 p., 120 FB.

Cette cinquième brochure commence par une présentation des expositions et de leurs caractéristiques suivant les lieux (Bruxelles, Charleroi, Liège, Mouscron, Braine-L'Alleud et Namur). Les modes d'enquêtes auprès des visiteurs ont été différents lors de chaque exposition et la démarche spécifique à chaque lieu est également expliquée dans l'introduction.

Les trois niveaux d'évaluation développés sont:

- les caractéristiques des visiteurs: le public visé par la Maison Géante est-il celui qui est venu?
- l'analyse des attentes des visiteurs (personnelles et professionnelles) et de leur satisfaction après la visite;
- la mesure de l'intérêt pour les stands spécialisés sur des problèmes de sécurité précis (visibilité, attractivité et intérêt de ces stands).

La convergence entre les résultats des différentes enquêtes permet de tirer des grandes tendances qui apparaissent fiables. Ces tendances orientent les conclusions vers des propositions pour des réalisations ultérieures.

Pour tout renseignement concernant ces différents documents, vous pouvez vous adresser à Educa-Santé, avenue Général Michel 1 B, 6000 Charleroi, 071/33.02.29.

Et puis un numéro spécial de Santé Pluriel!

Accidents domestiques: la situation épidémiologique en Belgique (Promes ULB et Educa-Santé, n°7-8, 1992, 47 p., 250 FB).

Ce numéro, fruit d'une collaboration entre Educa-Santé et Promes, présente les données épidémiologiques existantes dans le domaine des accidents domestiques, à partir de sources de données belges et européennes. Mortalité, morbidité,

lieu de survenue de l'accident, types d'accidents domestiques,... toutes les informations disponibles sont présentées de façon claire et utilisable. Ces données permettent également aux auteurs de tirer quelques orientations prioritaires pour la prévention dans ce domaine.

Pour tout renseignement concernant ce numéro double, vous pouvez vous adresser à PROMES ULB, Ecole de santé publique ULB, route de Lennik 808, 1070 Bruxelles. Tél:02/555.40.97. ■

Actualquarto: les MST

Un dossier de presse Actualquarto est consacré aux maladies sexuellement transmissibles. Il accorde bien entendu une large place au sida.

Pour rappel, ces dossiers-presse proposent, suivant un plan clair et logique, un tour d'horizon complet des grands thèmes de société les plus souvent demandés par les enseignants et leurs élèves (ici, de l'enseignement secondaire). Ces dossiers constituent une base pour des travaux de communication, des débats, des préparations de cours, des dissertations,...

Le dossier fait la synthèse des différents aspects du sujet, puis présente des articles de la presse belge, française, suisse ou allemande, des extraits de livres et de documents officiels. En fin de dossier, les enseignants trouveront des pistes pédagogiques, des références de documents intéressants à consulter et les adresses de divers organismes spécialisés dans le domaine.

Maladies sexuellement transmissibles - sida et autres mst, Dossier-Presse Actualquarto, n°80, janvier 1992.

Actualquarto (secrétariat international), allée des Bouleaux 20, 6280 Gerpennes, tél. 071/21.61.53. ■

Lu pour vous

De quoi meurent les Belges francophones?

Statistiques de décès en Communauté française pour l'année 1987

Voici un outil de référence indispensable pour ceux qui sont amenés à définir des priorités et à réaliser des programmes d'éducation pour la santé. Ce document présente la mortalité et les causes spécifiques de décès en 1987 des personnes, belges ou étrangères, résidant en Communauté française. L'objectif du Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique (CROSP) basé à l'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie, était d'identifier les priorités en matière de santé publique sur base de l'étude des causes de décès au cours d'une année calendaire.

On apprend ainsi qu'il existe des différences dans le domaine de la mortalité entre nos trois régions: les taux de mortalité en région wallonne restent nettement plus élevés que dans les deux autres régions.

Les causes spécifiques de décès sont également présentées, tous âges confondus et par tranches d'âge.

Voici un tableau extrait du livre reprenant le ratio proportionnel de mortalité par groupes d'âge (le ratio proportionnel de mortalité est le rapport du nombre de décès dus à une cause spécifique et du nombre total de décès, exprimé en pourcents).

Comme le signalent les auteurs, il serait intéressant de poursuivre des recherches analytiques sur le style de vie de la population, l'environnement physique et social et les services de santé, ce qui permettrait d'expliquer les différences observées entre les régions et d'adapter au mieux les programmes de prévention et d'éducation pour la santé aux facteurs mis en évidence.

Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique, Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie, Statistiques de décès en Communauté française pour l'année 1987, 1992, 174 p.

Pour tous renseignements, vous pouvez vous adresser au Service d'Epidémiologie, Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie, rue Juliette Wytsman 14, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/642.53.26. ■

Hommes		Femmes	
1-14 ans		1-14 ans	
Accidents de la circulation	(23%)	Cancers	(23%)
Cancers	(10%)	Accidents de la circulation	(16%)
Suicides	(7%)	Maladies vasculaires	(9%)
15-24 ans		15-24 ans	
Accidents de la circulation	(52%)	Accidents de la circulation	(44%)
Suicides	(16%)	Suicides	(15%)
Cancers	(5%)	Cancers	(14%)
25-44 ans		25-44 ans	
Suicides	(20%)	Suicides	(14%)
Accidents de la circulation	(17%)	Cancer du sein	(9%)
Maladies card.ischémiques	(9%)	Accidents de la circulation	(9%)
Cirrhose-tr.hépat.chron.	(5%)	Cirrhose-tr.hépat.chron.	(6%)
45-64 ans		45-64 ans	
Maladies card.ischémiques	(17%)	Cancer du sein	(13%)
Cancer du poumon	(16%)	Maladies card.ischémiques	(11%)
65 ans et plus		65 ans et plus	
Maladies card.ischémiques	(14%)	Pathol.cérébro-vasc.	(12%)
Cancer du poumon	(10%)	Maladies card.ischémiques	(11%)
Pathol.cérébro-vascul.	(7%)	Cancer colo-rectal	(3%)

Une collection de brochures accidents domestiques

RAS

Cette collection éditée par Educa-Santé est soutenue par la Communauté française. Elle permet aux personnes-relais intéressées par la prévention des accidents domestiques, de prendre connaissance d'éléments actuellement disponibles sur les expériences menées en Communauté française par le Réseau Actions Sécurité.

Cela permet aussi au professionnel de l'éducation pour la santé d'appréhender plus concrètement le développement d'un travail communautaire en éducation pour la santé. Cette approche utilisée ici pour les accidents domestiques est en effet transférable pour toute autre problématique que l'on voudrait aborder au niveau de la Communauté française.

Après cette brève introduction, revenons plus particulièrement à la collection, brochure par brochure.

1. Evaluation de la participation des relais de la communauté locale, par C. Vandoorne, C. Kefer, M. Demarteau, 1992, 20 p., 60 FB.

Ce document présente une évaluation des expositions de la Maison Géante qui se sont déroulées dans 5 villes entre mai 89 et octobre 90. Après une brève description des caractéristiques des expositions et des enquêtes, l'évaluation de la participation des relais de la communauté locale est présentée. Elle met en lumière des aspects tels que les modes de participation, les attentes et la préparation de l'événement "Maison Géante", l'appréciation sur la participation et l'exposition et, enfin, des propositions pour de nouvelles initiatives. Cette évaluation qualitative permet d'avancer des hypothèses utiles pour la

- des **demandes** : cours de secourisme, informations sur les intoxications, sur les problèmes de santé et de consommation de médicaments chez les personnes âgées.

- des **besoins** (diagnostiqués par Educa-Santé):

* une sensibilisation à l'importance de la prévention des chutes chez les personnes âgées. Si les aides ménagères parlent souvent de ces chutes voire des séquelles qu'elles entraînent, elles semblent peu sensibles à l'intérêt et à la possibilité de prévenir celles-ci;

* une formation au dialogue avec les usagers sur le thème des accidents domestiques. Les aides ménagères semblent avoir un bon contact avec les usagers, elles sont sensibles à l'importance des facteurs socio-affectifs dans la prévention des accidents; par contre, elles se sentent impuissantes à intervenir pour les aider à adopter des mesures de prévention.

- des **attentes**: que le service soutienne les aides ménagères, pour les aider à résoudre les situations de dangers domestiques qu'elles diagnostiquent, d'autant plus qu'ils sont parfois pour elles des dangers professionnels.

SUR BASE DE CETTE ANALYSE, UN CONTRAT DE FORMATION EST PASSÉ ENTRE EDUCA-SANTÉ ET LE SERVICE

Ce contrat précise

- l'intervention du service dans l'organisation pratique des séances de formation, dans l'évaluation de celles-ci avec les aides ménagères et avec les formateurs, et dans le suivi des actions de prévention mises en place suite à la formation;

- le contenu et la planification des modules de formation organisés par Educa-Santé, avec l'aide de formateurs spécialisés.

Grâce à la formation, les intervenants de terrain seront capables:

- d'identifier les accidents les plus fréquents dans leur population et les groupes à risque au sein de cette population;

- d'identifier leur représentation du risque et de l'accident;

- d'identifier les facteurs de risque et les stratégies de prévention qui y sont attachées;

- d'identifier les déterminants comportementaux des populations concernées;

- de récolter des données et mener des enquêtes sur les risques d'accidents propres à leur population, propres à un lieu ou un type d'accident déterminé et les transférer aux organismes compétents;

- d'avoir recours aux services spécialisés;

- d'identifier les intervenants qui peuvent également agir;

- d'identifier les leaders locaux qui soutiendront l'action;

- de travailler en équipe intersectorielle;

- de développer l'aptitude de la population à identifier les problèmes et leurs causes et à participer à la mise en place des moyens nécessaires à les surmonter;

- de mettre en oeuvre une action et en évaluer les effets;

- de communiquer des informations en matière de sécurité (normes, matériel, conseils);

- de réagir judicieusement en cas d'accident.

De nouvelles pistes pour la formation et pour l'action

A chacun des niveaux d'intervention, c'est la volonté de changer qui caractérise les acteurs: changer les

comportements des individus et des groupes considérés comme cibles et changer les conditions qui favorisent les facteurs de risque. Cette perspective de changement donne une tonalité particulière au rôle de l'intervenant qui devient ainsi un agent de facilitation du changement.

C'est du Québec que nous viennent des pistes pour de nouvelles orientations dans ce sens: des stratégies de contrôle des traumatismes et l'action politique.

Des stratégies de contrôle des traumatismes

Ce sont les travaux de Haddon (voir Education Santé n°66, p.37) qui ont ouvert la voie à cette approche. L'analyse de l'accident et de ses conséquences est conceptuellement séparée en deux éléments distincts qui se complètent: la prévention des événements, souvent appelée prévention des accidents, et la prévention des blessures ou traumatismes qui résultent de l'accident.

Cette distinction conceptuelle entre l'événement potentiellement dangereux, l'accident, et les blessures élargit le champ de la prévention et permet de reconnaître une multitude de cibles d'intervention possibles. Rapidement, dès cette première analyse, se fait sentir le besoin de diversification des compétences de l'équipe de travail. Haddon livre des outils de travail qui facilitent la communication entre les acteurs en proposant un langage commun. Il s'agit d'une part d'une matrice qui permet de bien différencier les facteurs liés aux traumatismes et d'autre part d'une proposition de 10 stratégies de contrôle assorties de quatre principes complémentaires destinés à mieux orienter les choix d'intervention.

Pour être complète, cette approche doit être assortie d'une réflexion sur les aspects comportementaux et d'une grille d'analyse de la position des acteurs en regard de celle des publics concernés et des milieux de vie.

L'action politique

Grâce aux données épidémiologiques, à l'évaluation des interventions, aux analyses de situations, les professionnels de la prévention acquièrent une vision précise de la santé de la population.

Une étape reste à franchir: faire en sorte que les décideurs prennent les orientations qui vont améliorer la santé et la sécurité de la population.

Les armes: des connaissances objectives, des rapports complets et pertinents et la volonté, soutenue par la population elle-même, de faire aboutir des recommandations.

Quel que soit le niveau d'intervention où se situe le travailleur de santé, il lui revient d'être l'avocat de la santé de la population. Il doit se familiariser à ce rôle et l'adapter à son contexte.

Cette stratégie s'apparente à la notion de "health advocacy", qui prend la forme d'un plan d'action et s'appuie sur les groupes de pression. Elle rend publique un dossier et cherche à élargir le nombre des alliés qui vont le défendre.

De nouvelles compétences à acquérir et à pratiquer

La complexité des moyens à mettre en oeuvre pour la promotion de la sécurité et la santé justifie les efforts à consentir pour une formation qui intéressera toutes les personnes qui, à quelque niveau qu'elles se situent, se sentent garantes du bien-être de leurs concitoyens.

C'est dans la mouvance des idées véhiculées de communauté à communauté que les professionnels puiseront leurs forces et augmenteront leur potentiel d'intervention.

Un outil supplémentaire à la formation: des échanges d'expériences entre intervenants du terrain, autant de moments de remise en question, de ressourcement, d'encouragement, de créativité. Des pistes sont tracées avec la France et

le Québec afin de stimuler la diversification des stratégies, des méthodes et des outils et d'approfondir les démarches éducatives les plus pratiquées dans un but d'extension à d'autres partenaires.

Ces échanges d'expériences sont l'occasion d'identifier les différences et les points communs, d'en apprécier l'impact sur le déroulement des actions, d'identifier les éléments susceptibles d'être transposés et d'appliquer les expériences des partenaires mutuels après avoir effectué les adaptations nécessaires. A suivre... ■

Martine Bantuelle, Educa-Santé

Bibliographie

Ministère de la santé et des services sociaux, Santé et Société, Collection Promotion de la Santé, Québec, 1988, n°1,2,3

Beaulne G. et al., Les traumatismes, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, 1991

Oakley P., L'engagement communautaire pour le développement sanitaire, OMS, Genève, 1989

Manciaux M., Romer C.J., Les accidents de l'enfant et de l'adolescent, OMS, INSERM, Paris, 1988

Notes personnelles recueillies lors de la formation "Prévention des traumatismes, des habiletés à acquérir", Québec, Université Laval, juin 1992

Bureau du Coroner, Rapport d'enquête du coroner, Québec

Tissot B., Les intoxications au monoxyde de carbone, Centre Antipoisons, 1991

Baudier F., Les accidents domestiques de l'enfant: cinq stratégies pour les définir, 12ème conférence mondiale d'éducation pour la santé, Dublin, 1985

Bronfenbrenner V., Dix années de recherche sur l'écologie du développement humain, in Crahay M., Lafontaine D., L'art et la science de l'enseignement, Bruxelles, Labor, 1986

Education pour la santé en maison médicale: implications pour l'infirmière

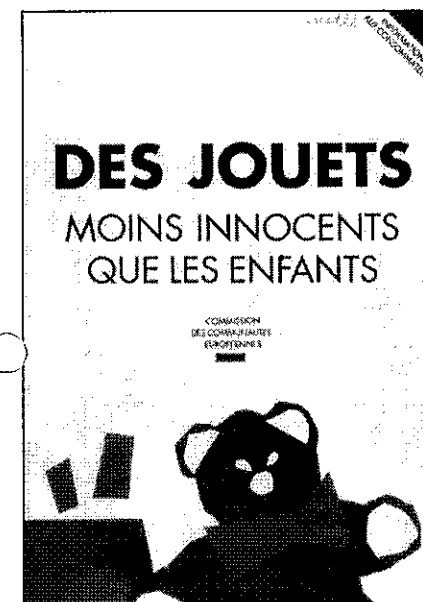
"L'imagination au pouvoir"... ce slogan clamé en mai 68 a donné des idées à beaucoup de gens. Ainsi, à l'initiative de quelques médecins désireux de pratiquer une médecine plus proche des nécessités de l'individu et de la collectivité, les maisons médicales se sont répandues dans le pays et se sont ouvertes à d'autres professionnels de la santé. On y travaille en équipe pluridisciplinaire, non-hiérarchisée. La

maison médicale est implantée dans un quartier et s'adapte aux problèmes spécifiques de la population rencontrée. Son accessibilité psychologique et géographique suscite la participation de la population aux activités curatives, préventives, de revalidation mais aussi d'éducation pour la santé.

A la maison médicale de Forest, l'équipe mobilise de l'énergie pour

son comportement de sécurité. L'utilisation de ce jeu nécessite la présence d'un animateur.

● CCE, Des jouets, moins innocents que les enfants, brochure, 1992: normes de sécurité appliquées aux pays de la Communauté européenne.



Milieu éducatif

Les trois documents qui suivent concernent les enfants de 3 à 6 ans et s'adressent particulièrement aux enseignants du maternel:

● MOUVEMENT COOPERATIF FEMININ, Les aventures de Gully Patatras, Labor, 1989, 53 p.: récit illustré formé de 7 chapitres racontant les différents dangers de la maison.

● MOUVEMENT COOPERATIF FEMININ, Prudence, j'y pense, Bruxelles, 1989: cahier pédagogique permettant d'exploiter les aventures de Gully Patatras.

● MOUVEMENT COOPERATIF FEMININ, Les aventures de Gully Patatras, Bruxelles, 1989: montage diapositives illustrant le récit, comportant 41 diapos qui correspondent aux 41 planches du livre illustré.

● CROIX-ROUGE DE BELGIQUE, Parlons sécurité à l'école, CRB, Bruxelles, 1991, 150 p. + affiches: dossier pédagogique destiné aux enseignants qui assurent l'éducation des enfants de 8 à 12 ans.

● MOREAU J., L'enseignement de la sécurité à l'école, Editions ESF, Paris,

1985. La sécurité à l'école intéresse non seulement les enfants, mais tous ceux qui, à un moment ou à un autre, sont acteurs dans l'école. Ce livre aborde la question de la formation des élèves et des enseignants.

● Commissariat Général à la Promotion du Travail, Campagne nationale pour la sécurité et la santé dans l'enseignement, 1989-1990. Ensemble de quatre fascicules traitant des responsabilités, de la prévention et de la lutte contre l'incendie, de la sécurité scolaire, de la formation et de l'information imposées par le R.G.P.T.

● Ministère de l'Education, de la Recherche et de la formation, Sécurité et enseignement, 35 p.: brochure destinée à l'enseignement secondaire général et principalement aux enseignants et aux élèves des cours scientifiques.

Personne âgée

● FONDATION ROI BAUDOIN, Vivre vieux... Vivre mieux, 1990, 101 p.: livre destiné aux personnes du troisième et quatrième âge. Conseils pratiques et efficaces qui permettent d'affronter les problèmes liés au vieillissement: aménagement de l'habitation, adaptation à la vie sociale, maintien de l'activité physique, utilisation des aides techniques et sociales facilitant la vie quotidienne.

● PETIT B., MARTEAU D., Ajoutez de la vie aux années, IEIAS, 1990, 44 p.: guide pratique permettant aux personnes âgées valides de se maintenir en bonne forme grâce à une activité physique quotidienne. Enoncé et analyse des exercices, illustrés par des dessins explicites.

● INFOR SANTE, Home sweet home, 1992: dépliant présentant des moyens simples d'aménagement de la maison des personnes âgées pour limiter les risques de chutes.

● MARTEAU D., PETIT B., La chute chez les personnes âgées de plus de 60 ans. Analyse, évolution du coût social et prospective de prévention, Mémoire pour l'obtention du diplôme en gérontologie sociale de l'Université de Reims, septembre 1991. Grâce à une analyse de 241 cas répertoriés à l'Hôpital Civil

de Marchienne, il est montré que le nombre moyen de jours d'hospitalisation est le facteur prédictif essentiel du coût social de la chute de la personne âgée, les pathologies associées ne jouant qu'un rôle mineur.

Grand public

● QUESTION SANTE, Accidents domestiques, Réponses, hors série, Bruxelles, 1991-05, 22 p.: articles illustrés traitant des types d'accidents survenant aux jeunes enfants ainsi que les moyens de les prévenir, adresses utiles, poster central et bande dessinée "Ca n'arrive qu'à tout le monde".

● QUESTION SANTE, La santé par le jeu, Réponses, n° 10, Bruxelles, 1990-12, 14 p.: articles traitant de l'importance du jeu pour les enfants, de la sécurité des jouets et des relations intergénérationnelles. Poster central: "Des jeux pour tous les âges".

● INBEL, Les produits dangereux dans la maison et aux alentours, 1987, 19 p.: brochure qui permet de déterminer le danger lié aux produits, de les prévenir, de réagir en cas d'accident et d'identifier les principaux pictogrammes.

● CEBEC, Electricité tranquille, 20 p.: brochure illustrée informant le consommateur de l'attitude de sécurité à avoir face à l'électricité. Conseils adaptés à chaque pièce de l'habitat.

● ABB, Sécurité, plus qu'un sentiment, 1992, 23 p.: brochure expliquant les gestes simples à accomplir pour accroître la sécurité du logement, les comportements à adopter face aux situations dangereuses, les précautions à prendre avec les appareils ménagers et les premiers soins à apporter en cas d'accident.

Ce tour d'horizon nous montre clairement la grande variété et l'utilité de la documentation concernant les accidents domestiques: il y en a pour tous les goûts, tous les thèmes, tous les publics!

Merci à Educa-Santé et plus spécialement à Martine Bantuelle et Françoise Lemal, qui ont largement collaboré à la réalisation de cet article.

épidémiologique en Belgique, Promes (ULB), Educa Santé, 1992, n° 7/8, 47 p.

Compilation d'articles sur différents aspects des accidents domestiques

● FELIX M., TURSZA A., Les accidents de la vie domestique, un problème majeur de santé publique, Editions Syros Alternatives, Paris, 1991.

● BEAULNE G. et al., Les traumatismes au Québec, comprendre, prévenir, Les publications du Québec, 1991

Il s'agit de compilations d'articles traitant des actions à entreprendre afin de prévenir les traumatismes ou d'en réduire la gravité: pistes d'action, objectifs mesurables, moyens concrets, sources de données.

Méthodologie

● BAUDIER F., MARCHAIS M., BOURDERONT D., Programme coopératif de prévention des accidents domestiques de l'enfant dans le département du Doubs, Archive de Pédiatrie, Vol. 45, 1988.

Ce document relate une action, depuis la phase de collecte des données locales jusqu'à l'évaluation.

● MANCIAUX M.,LEBOVICI S., L'enfant et sa santé, Aspects épidémiologiques, biologiques, psychologiques et sociaux. Paris, Doin, 1987, pp. 821-846.

● La revue L'ENFANT nous montre que " si certaines causes d'accidents peuvent être efficacement combattues par des règlements (...), d'autres, au contraire, ne se réduiront que grâce à des actions visant à améliorer les connaissances, à adapter les comportements, à renforcer les motivations des enfants eux-mêmes, de leurs familles, de la communauté éducative qui les entoure et de la société dans son ensemble. "

L'Enfant, Accidents, quelle prévention ?, ONE, Bruxelles, 1989, n°6, 100 p.

Documentation thématique

Intoxication au monoxyde

L'intoxication au CO est une des causes d'accidents les plus courantes. En effet, un chauffage défectueux, un chauffe-eau ancien et mal entretenu, un mauvaise aération de la pièce et ... c'est l'accident. C'est pourquoi une quantité de brochures sur ce sujet sont publiées, notamment par le Centre d'Education du Patient, Cultures et Santé, le service d'hygiène de Cureghem, l'ONE...

En plus de ces brochures, nous vous proposons les documents suivants:

● TISSOT B.,TINANT N, L'intoxication accidentelle et domestique au monoxyde de carbone, Détermination des populations à risque et élaboration d'une stratégie de prévention dans l'agglomération bruxelloise, FOPES, Louvain-en-woluwe, 1988, 279 p. + annexes. Mémoire de la licence en éducation pour la santé à l'UCL.

● TISSOT B. et al., Les intoxications au monoxyde de carbone, Rapport définitif, novembre 1991: relevé de données et analyse des intoxications au monoxyde de carbone survenues à Charleroi et à Namur.

● CENTRE ANTIPOISONS,CULTURES ET SANTE, Prévention de l'intoxication accidentelle au CO dans les logements, Commission française de la Culture, Bruxelles, 1987, 107 p.

Il existe aussi une cassette vidéo d'animation, qui informe sur les risques inhérents aux appareils de chauffage, sur les symptômes de l'intoxication, et qui donne des aides et conseils de prévention: Attention au monoxyde de carbone !, CEP, cassette vidéo, 1988, 17 minutes.

Brûlure

Les brûlures occasionnent des séquences souvent très graves. Celles-ci entraînent des coûts financiers très importants et des problèmes sociaux et psychologiques graves. Des documents existent qui peuvent aider à prévenir ce type d'accident et en diminuer les conséquences:

● FNAGB, Déchirure, brochure, 16 p., insiste sur les premiers soins (notamment le cooling) à apporter aux brûlés avant l'intervention médicale.



● QUESTION SANTE, Les Brûlures, fiche, informations générales sur les types de brûlures et les premiers soins à apporter.

● FNAGB, Danger Incendie, fascicule, 3 p., description d'un incendie, mise au point d'un plan d'évacuation, conseils de survie.

● OPHACO, Brûlures, dépliant, classe les types de brûlures, donne les conseils à appliquer et les erreurs à éviter.

● FNAGB, Attention, ça chauffe, Bande dessinée, 32 p., 1991, destinée aux enfants de 8 à 12 ans: insiste sur le cooling et les règles fondamentales de sécurité pour éviter le danger.

Documentation par milieu concerné

Petite enfance

● ONE, La sécurité à la ferme, Bruxelles, brochure destinée aux parents en région rurale : donne quelques moyens simples et peu coûteux pour prévenir l'accident.

● ONE, Un logement sûr pour nos enfants, brochure présentant les accidents et leur prévention dans chaque pièce de l'habitation.

● Ministère des affaires économiques, Jouets adaptés et sûrs, fascicule qui répertorie les normes de sécurité adaptées aux jouets.

● ONE, Je connais ma maison, jeu pour les enfants de 3 à 7 ans. Permet de tester et d'augmenter les connaissances de l'enfant dans l'identification des risques et dans

développer davantage le secteur de l'éducation pour la santé. Le but de ma recherche en tant qu'étudiante infirmière était de mettre en valeur les informations recueillies chez les membres de l'équipe afin de découvrir et d'exploiter les richesses du travail pluridisciplinaire. Il s'agissait ensuite de mettre en évidence les particularités du rôle infirmier en éducation pour la santé dans un tel contexte. Durant un stage de 16 jours, j'ai pu interroger un représentant de chaque profession (6 personnes sur 17) dont une accueillante, un membre du comité de gestion, une kinésithérapeute, l'assistante sociale, un médecin et une infirmière. Les 8 questions posées étaient identiques pour tous. Quelques idées essentielles émergent.

Le travail pluridisciplinaire

Selon les personnes interrogées, la pluridisciplinarité est un atout majeur pour entreprendre des démarches d'éducation pour la santé puisque celle-ci permet d'envisager l'individu dans sa globalité et de démedicaliser les problèmes. Cependant, cet atout mériterait d'être davantage utilisé. Son activité serait plus rentable encore si certaines difficultés étaient levées. Les obstacles cités sont le manque de temps, la prépondérance de la fonction du médecin sur les autres fonctions et la difficulté de travailler dans une équipe non-hiérarchisée. Il apparaît que ceci concerne de près les infirmières. En effet, l'image qu'on leur attribue trop souvent encore est celle de l'auxiliaire du médecin. Mais il leur incombe en grande partie de se détacher de ce cliché en "imaginant, en sortant des cadres".

Ne manquons cependant pas de signaler que la fonction infirmière est déjà bien spécifiée, l'ouverture du dispensaire constitue une opportunité dans le développement de l'éducation pour la santé à la maison médicale. C'est au travers de ce genre d'activités que les patients se feront une nouvelle représentation du travail infirmier.

Un rôle élargi

Il est frappant de considérer combien les membres de l'équipe ont une représentation élargie de la fonction de l'infirmière. Ils lui reconnaissent des atouts qui vont lui permettre de développer son rôle et d'occuper une place plus centrale: elle est proche des patients, elle a une formation à la relation, sa connaissance pratique et son expérience favorisent l'utilisation d'un langage compréhensible et adapté, elle occupe une fonction d'agent de liaison entre les thérapeutes, etc... L'infirmière déclare elle-même qu'elle et sa collègue réservent une partie de leur emploi du temps à concevoir des programmes d'éducation pour la santé. Une application positive de cette étude est la campagne de vaccination contre la grippe. Par cet exemple, nous constatons que l'infirmière occupe un rôle important en éducation pour la santé malgré le manque de formation qu'elle déplore. On peut donc croire à la formation "sur le terrain" par l'apport de l'équipe pluridisciplinaire.

Quelques membres interrogés stipulent que le travail de l'infirmière devrait être plus central. A cette fin, elle doit non seulement être convaincue qu'elle a des capacités d'exploiter davantage son secteur ("il manque de conviction à l'intérieur de cette profession"), mais elle doit ensuite "vendre sa marchandise". Il semblerait à ce niveau que l'impact du médecin serait non négligeable: la parole de l'infirmière aurait plus de crédit aux yeux de la population si le médecin lui expliquait qu'elle peut fournir dans ce domaine une aide efficace.

De son côté, il appartient à l'infirmière de faire savoir à ses collègues et à la population abonnée qu'il existe une place pour l'éducation à la santé dans son travail. "A cet effet, elle doit être ouverte et être elle-même convaincue qu'elle est là pour autre chose...". Le patient doit sentir qu'il a des possibilités de demandes élargies et que nous pensons que ces demandes sont aussi importantes que les actes prodigués. En ce sens, une piqûre est plus qu'un geste qui consiste à

injecter un produit médicamenteux, elle ouvre à la relation: "... pas de problème de régime, monsieur...?".

L'imagination reste au pouvoir

Les projets ne manquent pas. Ils sont souvent envisagés par la collaboration avec d'autres secteurs à définition sociale. Ce "partenariat" permettrait de promouvoir la santé et les moyens pour la préserver à sa racine. Un autre projet en cours de réalisation est l'Info-Santé. Il s'agit d'une revue bimestrielle diffusée essentiellement au niveau de la salle d'attente. On y traite de problèmes de santé fréquents, de l'organisation des soins de santé primaires, du fonctionnement de l'équipe et de sujets touchant au domaine socio-culturel. Cette revue est aussi utilisée comme matériel de support lors des consultations.

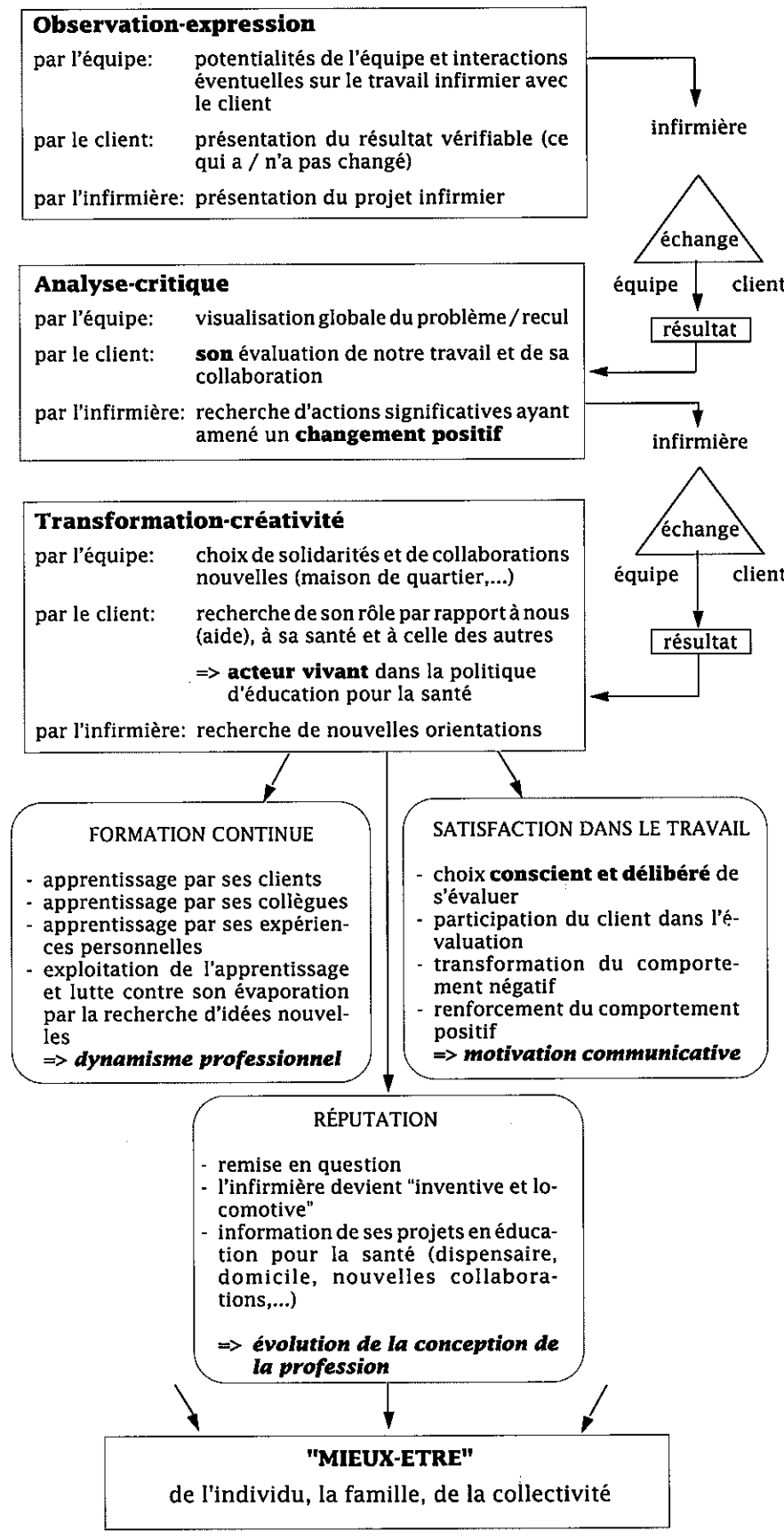
L'évaluation, implication majeure

Sur base de ces quelques éléments décrits par l'équipe, je définirais le rôle infirmier comme étant un accompagnement du patient dans un processus de changement d'habitudes de vie, déterminé par cette personne et par l'infirmière comme un objectif accessible et meilleur pour lui.

Cette fonction impliquerait surtout l'évaluation du processus de changement. Le schéma qui suit tente d'en démontrer l'importance. Il fait référence à quelques propositions décrites dans la "Critique Institutionnelle et Collective" de M. Seguyer dont l'objectif est d'aider des groupes et des institutions à rôle social de petite taille, à observer les interrelations entre la société et l'institution pour arriver à une formation réelle à la responsabilité, par le simple exercice de l'expression, de la critique et de la créativité collective.

Il s'agit d'une piste de réflexion, d'une présentation des découvertes observées lors de ce stage puis lors de la lecture de recherches à ce propos.

Evaluation infirmière en éducation pour la santé



Lecture du schéma

L'évaluation est composée de l'observation-expression, de l'analyse-critique et de la transformation-créativité. Le passage entre les différentes étapes a lieu au moyen de la concertation entre trois partenaires: le patient (appelé ici "client"), l'équipe et l'infirmière.

Ce type d'évaluation requiert pour le patient d'effectuer un travail qu'il n'a en général pas été habitué à fournir. On lui demande d'exprimer son projet de santé ou l'absence de projet, d'évaluer notre travail et de rechercher son rôle par rapport à nous.

L'équipe peut apporter une aide considérable à l'infirmière car elle bénéficie de la distance nécessaire pour observer plus objectivement une situation vécue entre l'infirmière et le patient.

Par son implication directe, l'infirmière peut décoder les messages quotidiens, présenter la méthode utilisée, rechercher des changements positifs et imaginer de nouvelles orientations.

La concertation entre ces trois parties est schématisée par le triangle, symbolisant ici "l'agora" ou l'échange libre d'idées. Cette démarche aboutit à un résultat qui introduit l'étape suivante. La flèche découlant de ce processus se dirige vers trois états positifs qui favorisent l'atteinte de l'objectif.

Par ce schéma, je tiens surtout à souligner deux principes. Il s'agit d'une part de la participation du patient pour qu'il devienne acteur vivant dans la démarche d'éducation pour la santé et d'autre part de l'importance d'une évaluation positive dans la profession: transformer les comportements négatifs et considérer les actions qui ont entraîné l'amélioration d'une situation offrent à la profession l'intérêt de la formation continue, de la satisfaction dans le travail et de la réputation. Ces trois états contribueraient non seulement au "mieux-être" de l'individu, de la famille et de la collectivité mais aussi à celui du métier. ■

Martine Vercruysse, infirmière

RESODOC: la doc ad hoc!

Accidents domestiques

"D'ici l'an 2000, la fréquence des accidents devrait être réduite d'au moins 25% dans la Région grâce à un effort accru de lutte contre les accidents de la circulation routière, les accidents domestiques et les accidents du travail" (O.M.S. But 11: accidents, in Les buts de la santé pour tous: buts de la stratégie régionale européenne de la santé pour tous, O.M.S. Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1985, pp. 55-58).

Depuis la publication des "Buts de la santé pour tous", l'O.M.S. n'a cessé de s'interroger sur l'évolution de ce programme dans les différents pays européens.

En Communauté française, il s'est constitué un Réseau Action Sécurité (R.A.S.), coordonnant la prévention des accidents domestiques. Un tiré-à-part d'Education Santé n° 58, mai 1991, présente ce réseau R.A.S.

Il regroupe les équipes ci-dessous, qui peuvent vous aider dans les domaines suivants :

Coordination R.A.S., documentation, données épidémiologiques, méthodologie, formations.

• Educa-Santé, Avenue Général Michel 1b, 6000 Charleroi. Tél: 071/33.02.29. Fax: 071/32.86.76 (CUNIC). Contact: Martine Bantuelle.

Educa-Santé aidera prioritairement mais non-exclusivement les relais en éducation pour la santé, en leur fournissant des documents relatifs à la prévention des accidents domestiques.

Ouvert tous les jours de 8h30 à 16h00 sans interruption, Educa-Santé vous propose des documents de plusieurs types: articles, diapos, dossiers, matériel pédagogique, vidéos, ... Vous pourrez les consulter sur place ou les emprunter.

Evaluation

• APES, Université de Liège, Sart Tilman Bât. B 23, 4000 Liège. Tél: 041/56.28.97. Fax: 041/56.28.89. Contact: Michel Demarteau.

Relation avec les media

• Question Santé, Rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles. Tél: 02/511.12.15. Contact: Philippe Mouchet.

Prévention des intoxications (CO, produits dangereux, médicaments, ...)

• Centre Antipoisons, Rue J. Stallaert 1, bte 15, 1060 Bruxelles. Tél: 02/345.18.18 (secrétariat) et 02/345.45.45 (urgences). Fax: 02/347.58.60. Contact: Bernadette Tissot.

Prévention des brûlures

• Fondation Nationale d'Aide aux Grands Brûlés, Chée de Vleurgat 221, 1050 Bruxelles. Tél: 02/649.65.89. Contact: Johan De Jager. Note: ne pas confondre avec les Centres Belges des Brûlés, qui ont collaboré à la campagne "barbecue" des ABB pendant les vacances.

Milieu scolaire, enseignement maternel

• PROMOCOOP, Rue Haute 26-28, 1000 Bruxelles. Tél: 02/513.44.91, 02/513.44.92. Fax: 02/514.54.43. Contact: Nicolas du Bled.

Milieu scolaire, enseignement primaire et secondaire

• Croix-Rouge de Belgique, Service éducation pour la santé, Chaussée de Vleurgat 84, 1050 Bruxelles. Tél: 02/645.46.62, 02/645.46.57. Fax: 02/646.04.39. Contact: Eric Motte.

Personnes âgées

• Institut européen interuniversitaire d'action sociale, Rue du Débarcadère, 6001 Marcinelle. Tél: 071/43.31.83. Contact: Carine Lorent.

• Infor Santé, UCP, Boulevard des Archers 54, 1400 Nivelles. Tél: 067/21.21.21, Contact: Eric Jauniaux.

Tél: 067/21.79.41, Contact: Rachel Renard.

Petite enfance

• ONE, Service Education à la Santé, Route de Gembloux 2, 1450 Cortil-Noirmont. Tél: 081/61.42.48. Contact: Marc Parent.

• Les C.L.C. collaborent à l'établissement du réseau R.A.S., au niveau local. La liste des C.L.C. est reprises dans Education Santé n° 66.

En interrogeant la base de données DOCTES sur les accidents domestiques, on accède à plus d'une centaine de références. N'hésitez pas à venir les consulter, éventuellement à RESODOC. Voici quelques ouvrages que vous y trouverez:

Documentation générale

Epidémiologie

• BERGHMANS L., LEVEQUE A., DEVILLE L., BERIOT I., MAHAUX C., LAGASSE R., PIETTE D., BURY J.A., Promo santé 2000. Offre et besoins en promotion de la santé en Communauté française de Belgique, Bruxelles, 1992-01, volume Ibis, pp. 309-320.

• Indicateurs statistiques des accidents, OMS, Bureau Régional de l'Europe, Copenhague, 1992.

• Echange des données d'expérience sur les politiques nationales de prévention et lutte contre les accidents, OMS, Bureau Régional de l'Europe, Copenhague, 1992.

• EHLASS, Rapport annuel 1987: TISSOT B. et VERLINDEN M.

• EHLASS, Rapport annuel 1988: TISSOT B. et VERLINDEN M.

• EHLASS, Rapport annuel 1990: sans auteurs

Ces rapports font le relevé épidémiologique des accidents domestiques et des loisirs survenus en Belgique.

Dans ce numéro, voir l'article consacré au n° de Santé Pluriel, Accidents domestiques: la situation

quette. En outre, on sait que la connaissance des risques n'induit pas forcément les comportements de sécurité.

Une série de documents, brochure, dépliant, autocollant, affiche, ont été réalisés pour l'information des travailleurs et des dirigeants d'entreprises. Dans le cadre de la campagne, des séances d'information et de formation sont également proposées dans les entreprises.

Renseignements: CRAM Nord-Picardie, Service prévention des risques professionnels, allée Vauban 11, F-59661 Villeneuve-d'Ascq Cedex. ■



Le guide santé de la femme

Quel mode de contraception choisir? Comment remédier au syndrome prémenstruel? Que signifient des pertes anormales? Comment détecter un fibrome? Faut-il modifier son alimentation à l'approche de la cinquantaine? Quel sport choisir? Comment prévenir l'ostéoporose?...

L'hebdomadaire Femmes d'Aujourd'hui a édité une petite brochure d'information sur la plupart des petits et plus gros problèmes de santé particuliers aux femmes. Le but étant avant tout de les rendre attentives à leur corps.

Cette brochure est divisée en deux chapitres: "En bonne santé après trente ans" et "En bonne santé après cinquante ans". La puberté et la grossesse ne font en effet pas partie des nombreux points traités dans ce document.

Elle est rédigée par les deux journalistes réalisant habituellement les rubriques santé de Femmes d'Aujourd'hui. Le style est direct et simple: exposition du problème, que peut-on faire pour le prévenir, quelques bons "trucs", des ques-

tions particulières à ne pas oublier de poser au médecin. Simple, mais efficace!

A. DEFLANDRE et C. DELVAUX, *Guide de santé de la femme, Les pratiques de Femmes d'Aujourd'hui*, 1992, 64 pages. ■

Table belge de composition des aliments

L'asbl NUBEL (Nutriments Belgique) a été créée en mars 1990 à l'initiative de plusieurs partenaires du secteur public (Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement, Office national des Débouchés Agricoles et Horticoles) et du secteur privé (Fédération des Industries Agricoles et Alimentaires, Fédération belge des Entreprises de Distribution).

L'association a pour objet la composition, la gestion et la mise à jour d'une banque de données scientifiques concernant les éléments nutritionnels dans les denrées alimentaires, l'organisation de l'information nationale et internationale concernant cette banque de données, ainsi que la mise à disposition pour les intéressés d'éléments de cette banque. Cette banque de données appelée NIMS (Nubel Information Management System) est multilingue.

Aujourd'hui sort une version livre des données récoltées: une table condensée de composition des aliments. Particularité de cet outil: il est purement belge, ce qui facilitera certainement le travail des spécialistes de la nutrition qui, jusqu'alors, adaptaient pour la Belgique des valeurs tirées de tables étrangères de composition des aliments.

Il est possible d'obtenir la Table en versant la somme de 485 FB (425 FB + 60 FB frais d'envoi) au compte 426-4121581-29 de NUBEL asbl.

NUBEL, Centre administratif de l'Etat, Quartier Vésale, local 433, 1010 Bruxelles, tél. 02/210.48.78, fax 02/210.48.16 ■

Hospitalisation

Guide pratique

Les Mutualités Chrétiennes viennent de sortir un document d'information sur l'hôpital. Cette brochure est destinée aux personnes prévoyant une hospitalisation, ce qui fait pas mal de monde.

Vous y trouverez toutes les informations pratiques concernant les démarches à effectuer avant, pendant et après le séjour à l'hôpital. Cela va de l'incapacité de travail à l'explication de la facture d'hospitalisation en passant par les formalités à l'entrée, etc. Les informations (tarifs actualisés, adaptation de la réglementation,...) sont présentées de façon claire et précise.

Vous pouvez obtenir cette brochure en envoyant 2 timbres à 15 FB à Infor Santé, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, 121 rue de la Loi, 1040 Bruxelles. Tél: 02/237.48.53. ■

L'enfant à l'hôpital

Cette brochure présentée comme un livre pour enfants raconte les différents moments de l'hospitalisation. Le départ pour l'hôpital, les examens, la nuit sans les parents, l'opération, la visite du chirurgien sont quelques-uns des moments abordés. L'objectif est d'expliquer à l'enfant ce qu'il va vivre et de le dédramatiser. Il n'y a pas que des informations qui sont données, les émotions y ont aussi leur place et sont abordées de façon simple et sereine.

Cette brochure a été conçue et réalisée par le Centre d'éducation du patient et c'est le service de pédiatrie de la clinique Saint-Pierre à Ottignies qui en est le promoteur.

Pour tout renseignement: Centre d'éducation du patient, avenue Thérèse 1, 5530 Yvoir. Tél.: 081/42.22.08. ■

Importance de l'épidémiologie en éducation pour la santé

L'exemple des intoxications oxycarbonées

Introduction

Autrefois considérée comme "la science des maladies infectieuses en tant que phénomène de masse, consacrée à l'étude de leur histoire naturelle, de leur propagation..." (W. H. Frost, 1927), l'épidémiologie bénéficie aujourd'hui d'une définition élargie et joue un rôle fondamental dans la prise de décision en santé publique.

Elle intervient dès la genèse d'un projet, aidant son promoteur à préciser l'importance du problème au sein de la population choisie, à identifier les groupes à risques (épidémiologie descriptive), à préciser les facteurs étiologiques susceptibles d'être modifiés par l'intervention (épidémiologie analytique) et à choisir le type d'action le plus approprié.

On la retrouve encore tout au long du déroulement du projet, permettant l'évaluation de l'efficacité du programme, suggérant des adaptations au vu de l'expérience acquise ou des résultats obtenus (épidémiologie expérimentale).

Définition du problème

Le premier problème qui se pose en pratique lorsqu'on souhaite faire une analyse épidémiologique, c'est celui de la définition du phénomène. Ainsi, la notion même d'accident peut être considérée de différentes manières selon le point de vue où l'on se place et l'usage que l'on veut faire des données collectées: doit-on se baser sur l'existence d'un dommage corporel ou matériel? sur le recours à un service médical?

L'intoxication oxycarbonée peut paraître plus simple à définir. Mais, en pratique, sur quels critères objectifs peut-on s'appuyer? Doit-on se baser sur des symptômes évocateurs? Sur un dosage de toxique dans l'air (rarement effectué en pratique)? Sur un dosage sanguin? Et dans ce cas, où placer la limite de la normalité puisque l'organisme produit lui-même une petite quantité de CO et que le tabagisme interfère de manière difficilement quantifiable?

Il faudrait donc, dès le départ, effectuer un choix parmi les définitions existantes et prendre celle qui met le mieux en valeur les aspects du phénomène que l'on souhaite étudier.

Malheureusement, lorsqu'on effectue une étude rétrospective, on est bien obligé de se contenter des définitions en usage auprès de ceux qui ont fourni les données.

Recueil des données

Vient ensuite l'étape du recueil des données. Pour mener à bien sa recherche, l'épidémiologiste devra faire preuve d'imagination, traquant l'information tous azimuts.

Certains renseignements généraux (taux brut de mortalité,...) peuvent se retrouver, au niveau international, dans les annuaires statistiques publiés par l'Organisation Mondiale de la Santé (consultables dans les grandes bibliothèques: facultés de médecine, écoles de santé publique) et au niveau belge, soit au Ministère de la Santé Publique (MSP) qui publie également un annuaire, ou à l'Institut National des Statistiques (INS) qui dépouille (entre autres) les données collectées lors des recensements de population.

Les causes de maladies et d'accidents ont été codifiées par l'OMS et sont reprises dans un manuel (International Classification of Disease)

RAS

ses) régulièrement mis à jour. Grâce à ces codes, il est possible de connaître le nombre de décès survenus en Belgique par sexe et par tranche d'âge pour un problème déterminé.

En pratique cependant, il faut savoir qu'il est bien rare qu'une pathologie corresponde à un code bien défini. De plus ce code ne recouvre qu'un aspect du problème étudié. Ainsi, pour ce qui concerne l'intoxication au CO, différentes rubriques peuvent être impliquées:

E 867 qui reprend les cas d'intoxication accidentelle liée à du gaz distribué par canalisation (gaz naturel, gaz provenant de la houille ou du pétrole);

E 868 qui reprend les cas d'intoxication accidentelle due à d'autres gaz ménagers (acétylène, propane, butane,...) ou à d'autres sources de CO (gaz d'échappement de véhicule, poêles à bois, à charbon,...);

E 951 et E 952 qui reprennent les cas d'intoxication volontaire au CO;

E 981 et E 982 qui reprennent les cas d'intoxication au CO dont on ne connaît pas l'origine, volontaire ou non.

Un quatrième chiffre permet de préciser la nature du combustible par exemple E 868.2 correspond à une intoxication oxycarbonée involontaire due à l'inhalation de gaz d'échappement d'un véhicule.

En ce qui concerne la morbidité, mis à part quelques problèmes spécifiques, il n'existe pas de système de recueil des données en Belgique.

Des informations partielles peuvent néanmoins être obtenues auprès de différentes institutions dont le Ministère de la Santé Publique (EHLASS, European Home and Leisure Accident Surveillance System), l'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie (IHE), l'Aide Médicale Urgente, les Centres des Brûlés, le Centre

Antipoisons, des services d'urgence de certains hôpitaux, certaines compagnies d'assurance, ... chacune avec leurs limites et leurs biais propres qu'il convient d'identifier soigneusement avant d'interpréter les données.

Ainsi, des statistiques basées uniquement sur les appels au Centre Antipoisons donnent une idée tout à fait erronée de la fréquence des intoxications oxycarbonées. En effet, vu la symptomatologie développée (perte de connaissance, coma,...) le public appellera plus facilement une ambulance que le Centre Antipoisons et donc c'est au niveau des services d'urgence des hôpitaux que l'on récoltera les données les plus proches de la réalité.

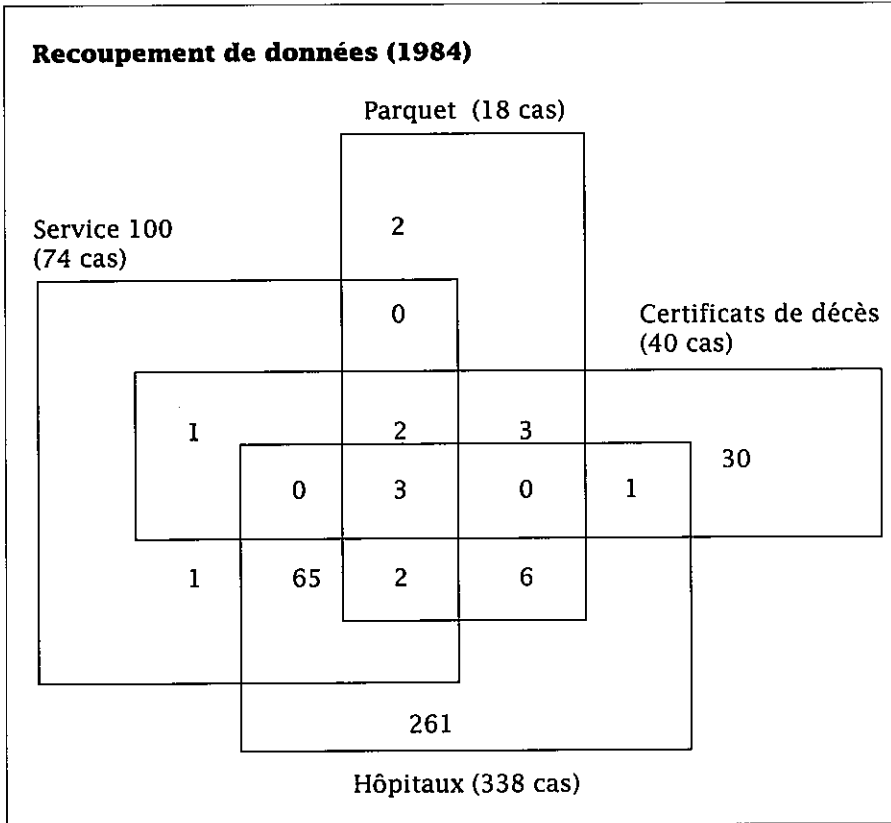
Si on dispose de plusieurs sources d'informations, il est indispensable de faire un recouplement des données, afin d'éviter de comptabiliser plusieurs fois un même accident, ou une même victime. Cela implique de disposer des données d'identification de personnes (nom, prénom, date de naissance au minimum) ce qui n'est pas toujours possible.

Dans notre étude sur les intoxications oxycarbonées, nous avons ainsi pu recouper les informations provenant du service 100, des hôpitaux, du parquet et des certificats de décès avec d'assez bons résultats (voir schéma).

En bref, lorsqu'on souhaite analyser un problème spécifique, il est rare qu'on dispose d'emblée des informations nécessaires et il faut donc le plus souvent partir à leur recherche.

Ce travail de recensement peut être extrêmement fastidieux dans la mesure où un relevé systématique des cas n'est pas disponible. Ainsi, pour les enquêtes que nous avons réalisées sur les intoxications oxycarbonées, nous avons été amenés à dépouiller plus d'un demi-million de dossiers rien que dans les hôpitaux!

Pour limiter l'ampleur de la recherche, on peut n'étudier qu'un groupe restreint de personnes appartenant à la population-cible: c'est l'**échantillonnage**.



Il est absolument essentiel dans ce cas que la taille de l'échantillon soit suffisante pour disposer de données fiables et que les caractéristiques de l'échantillon soient proches de celles de la population générale.

Les biais de sélection peuvent en effet mener à des erreurs d'interprétation des résultats obtenus. Aussi, si on souhaite avoir recours à cette technique, il est vivement conseillé de s'adresser préalablement à un expert, par exemple auprès d'une école de santé publique.

Son avis sera également précieux pour sélectionner parmi les données disponibles, les informations à collecter en vue de recouplements ultérieurs (données personnelles d'identification) et de la détermination de facteurs de risque (par exemple date de l'accident, cause de l'accident, combustible utilisé,...).

Traitement des données

Le **dénombrement simple** des cas n'a en pratique pas énormément d'intérêt mais il peut aider à créer un "effet médiatique". Une formule

du genre "Quarante décès par an à Bruxelles sont dus au monoxyde de carbone" frappe les esprits.

Les **taux** rapportent le nombre de cas observés dans une population au nombre de personnes composant cette population. Parmi les taux les plus couramment employés citons:

- le **taux de mortalité**, c'est-à-dire le nombre total de décès enregistrés dans une population durant l'année par rapport au nombre total d'individus de cette population. Par convention, on utilise au dénominateur le chiffre de la population au milieu de l'année (ou la moyenne des effectifs au 1er janvier de deux années consécutives), souvent exprimé en pourcentage ou en pourmille afin de normaliser les résultats et de pouvoir comparer avec des données internationales.
 - le **taux de mortalité proportionnel** sert à mesurer le pourcentage de décès dus à une cause donnée. Il représente la proportion de la mortalité totale qui peut être attribuée à une cause spécifique.
- Ainsi, selon les statistiques de

Travailler sans tabac c'est mieux

La prévention du tabagisme sur les lieux de travail étant cette année le cheval de bataille à la fois de l'OMS ("Travail sans tabac, franchissons le pas") et de la Communauté européenne (1992 est en effet année européenne sur l'hygiène, la sécurité et la protection sur le lieu de travail), le BASP (European Bureau for Action on Smoking Prevention) publie un rapport trilingue (anglais - français - allemand) visant à inciter les employeurs à mener une politique sans tabac dans leur entreprise.

L'accent est mis sur une politique de soutien aux fumeurs qui souhaiteraient arrêter de fumer sur le lieu de travail. Quelques initiatives concrètes donnent ainsi l'exemple de ce qui peut se faire à des degrés divers.

Les auteurs du rapport soulignent que les employés ne devraient pas avoir à choisir entre fumer ou ne

pas fumer, mais plutôt où et quand ils fument: il faut contrôler l'exposition à la fumée de tabac ambiante en restreignant le tabagisme à certaines zones ventilées séparément et le supprimer dans les lieux clos.

Ce document donne aussi un aperçu de la législation sur le tabagisme sur le lieu de travail dans la Communauté européenne.

BASP, rue des Atrébatés 117, 1040 Bruxelles, tél. 02/732.24.68.

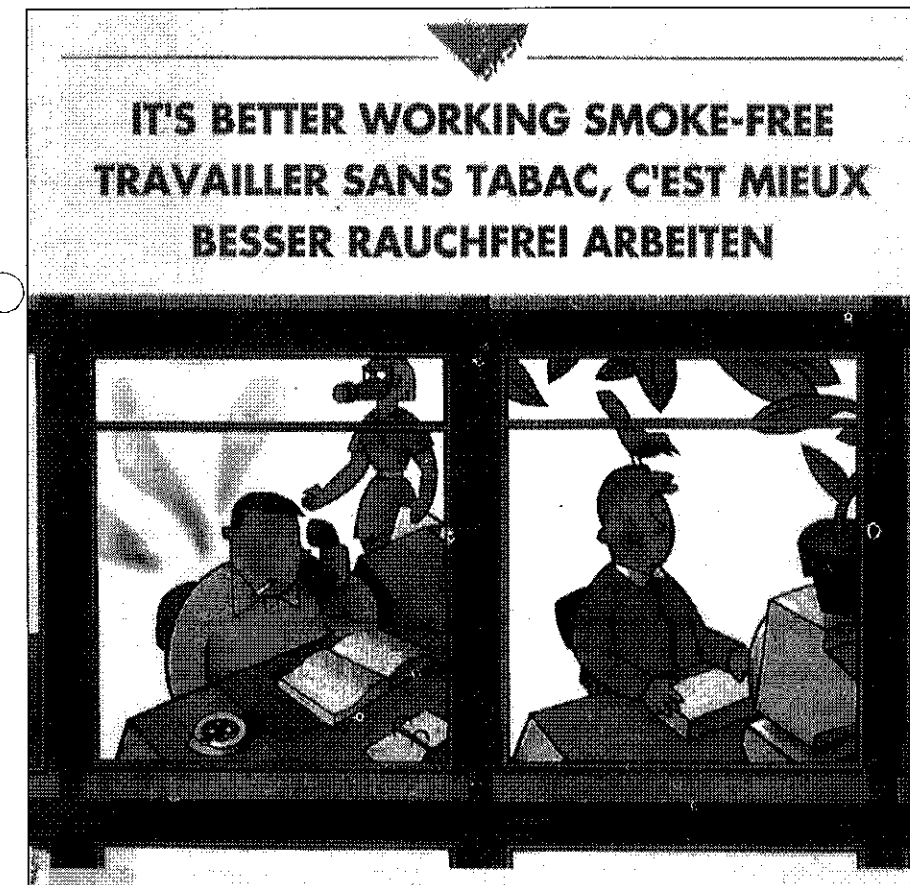
Rappelons qu'Infor Santé a réalisé une série de six affiches sous le titre "Pour moi le travail, c'est sans tabac". Chacune montre un personnage représentant un secteur particulier du monde du travail: garagiste, ouvrier du bâtiment, infirmière, secrétaire, manager, serveuse de café.

Cette initiative des Mutualités Chrétiennes est réalisée en collaboration avec le service GTE (Gestion du

Tabagisme en Entreprise) de la FARES.

Vous pouvez obtenir la série complète, dans un tube d'expédition, contre l'envoi d'un billet de 100 francs à Infor Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles (ou un poster particulier contre 2 timbres à 15 francs).

Toujours sur le même sujet, mais de l'autre côté de la barrière, IDT, l'asbl créée en 1988 par le secteur du tabac belgo-luxembourgeois, a adressé aux directeurs du personnel d'un certain nombre d'entreprises un dossier réaffirmant son idée-force, "favoriser la cohabitation entre fumeurs et non-fumeurs en favorisant un climat de tolérance et en proposant un dialogue sur le thème de la courtoisie". Le dossier en question vise à prouver qu'il n'est pas démontré que la fumée de tabac ambiante est une cause de maladie chez les non-fumeurs. De quoi consoler les malheureux qui doivent supporter la fumée des autres sur leur lieu de travail! ■



Produits chimiques

Apprendre à décoder l'étiquette

La Caisse Régionale d'Assurance Maladie de Nord-Picardie lance une campagne de prévention sur l'étiquetage des produits chimiques sur les lieux de travail. Cette campagne est menée en collaboration avec l'Institut national de recherche et de sécurité français, et est destinée à être étendue à toute la France via les autres caisses régionales.

De nombreux accidents sont dus à une méconnaissance des produits dangereux et de leurs effets potentiels. La législation oblige les fabricants de tels produits à y apposer une étiquette de sécurité grâce à laquelle chacun est sensé reconnaître tel ou tel produit. Mais encore faut-il pouvoir décoder cette éti-

Europe contre le cancer

Demandes de subvention pour 1993

La Commission européenne peut subventionner des projets qui s'inscrivent dans l'un des 38 domaines d'action retenus par le Conseil des Communautés européennes pour le programme "L'Europe contre le cancer".

La subvention demandée peut couvrir 100% du coût lié à la dimension européenne du projet (par exemple une conférence européenne) ou au maximum 50% du coût d'un projet national.

Les demandes présentées en 1992 concernent le budget 1993 (11,5 millions d'écus accordés par le Conseil et le Parlement européen). Les demandes reçues avant le 15 juin 1992 ont été traitées dans le cadre d'un premier tour d'allocation du budget 1993. Les fonds éventuellement restants seront alloués dans le cadre d'un second tour qui examinera les demandes soumises avant le 15.12.92 (cachet de la poste faisant foi). Un accusé de réception sera transmis un mois après la date limite de dépôt des dossiers.

Avant de prendre ses décisions, la Commission européenne consultera

- les comités nationaux de coordination du programme pour les propositions concernant la prévention du cancer à travers l'information du public ou l'éducation à la santé dans les écoles,
- le Comité des experts cancérologues et ses sous-comités scientifiques pour les propositions concernant les études scientifiques en matière de prévention des cancers et les actions de formation, de dépistage et de traitement,
- le Comité consultatif du programme.

Les dossiers sont à retourner à la Commission des Communautés européennes, Programme "L'Europe contre le cancer", Service comptable, rue de la Loi 200 (J-37 1/33), B-1049 Bruxelles.

Pour plus d'informations sur la présentation des dossiers ou pour recevoir la liste des 38 domaines d'action, contactez le secrétaire du Comité de coordination dans chaque pays. Pour la Belgique, il s'agit de Chantal Couvreur, Commission des Communautés européennes, rue de la Loi 200 (J-37 1/27), 1049 Bruxelles, tél. 02/236.51.79, fax 02/236.23.93. ■

Concours

Le Prix OMS d'éducation pour la santé dans le domaine des soins de santé primaires

Ce prix que l'OMS offre chaque année est attribué depuis 1985. Il a pour but de récompenser la contribution exceptionnelle de toute personne physique ou morale au renforcement de l'éducation pour la santé dans le domaine des soins de santé primaires.

Le prix consiste en une somme de 5000 \$US qui doit servir à la poursuite de ces activités.

Les candidats peuvent être proposés par toute autorité nationale responsable de l'éducation pour la santé, un ancien lauréat du prix ou toute personne physique ou morale oeuvrant dans le domaine de l'éducation pour la santé. Toutefois, les organisations de la famille des Nations-Unies et les membres de leur secrétariat ne peuvent être candidates.

Seule une activité d'éducation pour la santé en cours pourra être prise en considération pour l'attribution du prix. L'éducation peut porter sur tout aspect des soins de santé primaires. Elle doit être novatrice dans sa planification et sa mise en oeuvre ainsi que dans l'évaluation de l'impact de l'activité sur la santé de la population intéressée.

Les propositions pour le prix 1992 devront parvenir à l'OMS avant le 30 octobre 1992, à l'adresse suivante: Division de l'éducation sanitaire, Organisation Mondiale de la Santé, CH-1211 Genève 27, Suisse. ■

Le repas-tartines de l'Athénée Bracops à Anderlecht

L'idée est née du constat que très peu d'élèves rentrent chez eux à midi et que moins de 5 élèves prennent le repas chaud à l'école!

Comment inciter les autres à prendre un repas pique-nique complet plutôt que le traditionnel "chips/gaufre / limonade" ou le paquet de frites de la frieterie du coin?

Dans un premier temps les élèves (1ère latine et 2ème moderne) ont reçu une information sur l'alimentation équilibrée et saine; ils ont composé eux-mêmes, par groupe de 5, un pique-nique complet et équilibré, au moyen de photos d'aliments.

Ensuite un repas pique-nique fut organisé à l'école par l'équipe I.M.S.

Les élèves pouvaient composer librement leur repas parmi le choix d'aliments qui leur était proposé, mais en prenant au moins un aliment de chaque famille d'aliments présenté sur le buffet:

- famille "viande, poissons, oeufs": jambon, thon, oeufs durs;
- famille "produits laitiers": fromage de Hollande, yaourt;
- famille "fruits-légumes": salade verte, tomates, carottes râpées, salade de chicons crus, pommes, oranges, bananes;
- famille des "céréales": pain gris, krisprolls, maïs.

Boissons: eau, jus d'orange, lait, lait chocolaté.

L'équipe I.M.S. remercie le personnel de la cuisine Centrale, le professeur de biologie de 1ère latine, les professeurs de Morale et de Religion de 2ème moderne et le Secrétariat pour leur collaboration. ■

décès de 1987, l'accident domestique chez l'enfant représente entre 4,5 et 15,9% des décès, toutes causes confondues. Entre 0 et 4 ans, cependant, le grand nombre de décès liés à des pathologies congénitales ou acquises dans la période néonatale masque l'importance du phénomène: 59 décès seulement sur les 1.301 recensés sont dus à des accidents domestiques.

- le **taux de mortalité** spécifique permet de connaître le nombre de décès survenus dans une population selon un certain nombre de critères particuliers (âge, sexe, pathologie,...) et d'affiner l'analyse: ainsi dans l'exemple pris plus haut, nous constatons que le taux de mortalité spécifique est plus élevé (10 pour cent mille) que dans les classes d'âge supérieure (3.6 pour cent mille entre 5 et 9 ans, 2.12 pour cent mille entre 10 et 14 ans).
- le **taux de morbidité** reprend le nombre d'individus malades dans une population.

On parle d'**incidence** lorsqu'on étudie le nombre de nouveaux cas survenus dans une population durant une période donnée et de prévalence lorsqu'on mesure le nombre d'individus atteints à un moment donné. Dans le cas de phénomènes aigus comme une intoxication oxycarbonée, incidence et prévalence se confondent.

Il peut être intéressant de comparer les fluctuations de l'incidence en fonction de différents paramètres comme l'âge, le sexe, le niveau socio-économique, le lieu ou le temps.

Par exemple, on remarque, dans le cadre des intoxications au CO, une nette prédominance hivernale liée à une réduction de la ventilation des locaux à ce moment.

Ce phénomène connaît cependant des variantes liées à des particularités locales: ainsi dans la région de Charleroi où une forte proportion des intoxications sont dus à des appareils de chauffage, deux pics d'accidents sont à relever en avril et octobre 1988.

Cela correspond probablement aux "redoux", fréquents lors des chan-

gements de saisons: cet adoucissement brutal de la température extérieure perturbe le tirage des cheminées entraînant un refoulement des gaz de combustion dans le logement et ce d'autant plus que les habitants font alors fonctionner leur appareil au ralenti.

On en arrive alors à l'inventaire des facteurs de risque (caractéristique d'une population ou d'un individu qui est associée à une probabilité plus élevée qu'un événement non désiré ne survienne).

Il est essentiel d'en faire au départ un relevé aussi exhaustif que possible: en effet, même si l'action préventive ne peut les modifier (on ne peut changer la température hivernale!), il peut être important d'en tenir compte dans la planification de la campagne.

Soulignons encore qu'un facteur de risque peut n'être qu'un "marqueur" de risque sans qu'il y ait obligatoirement de relation causale.

A ce stade de la recherche, il convient d'être prudent et de se méfier des interprétations hâtives. Aussi, nous pensons utile d'en référer ici encore à l'avis d'un expert.

En ce qui concerne les intoxications oxycarbonées, nous avons étudié différents facteurs de risque. Nous avons abouti à la conclusion que le fait d'habiter un logement construit avant 1919 et d'être de nationalité turque ou marocaine et surtout si l'on est propriétaire du logement multipliait jusqu'à onze fois le risque d'accident (voir le tableau).

Ces données, recoupées avec des informations recueillies lors du dernier recensement, nous ont secondairement permis de déterminer des quartiers à risque élevé d'accident et donc de cibler géographiquement l'intervention.

Conclusions

Ceci n'est évidemment qu'un survol rapide de l'épidémiologie et des

Indices par rapport au taux moyen d'accident selon les différents facteurs de risque					
Indice par rapport au taux moyen d'accident	tous les logements (1)	logement occupé par le propriétaire	logement occupé par le locataire	logement d'avant 1919	logement d'après 1919
tous les logements (2)	100	50	121	236	57
logements occupés par un ménage belge	64	31	57	133	47
logements occupés par un ménage marocain	748	1184	702	1134	355
logements occupés par un ménage turc	757	179	862	1128	397
logements occupés par un ménage d'une autre nationalité	101	114	109	221	59

(1) tous les logements, âge du logement et statut de l'occupant confondus
(2) tous les logements, nationalités des occupants confondus

possibilités qu'elle offre à l'éducateur pour la santé. Il n'a d'autre prétention que d'inciter le lecteur à rassembler sur place un maximum de données avant d'entamer une action.

Cela peut paraître une perte de temps mais outre l'intérêt scientifique de la démarche, l'identification de particularités locales et les contacts noués à cette occasion se révéleront souvent très précieux lors de la mise en oeuvre du projet et justifieraient déjà à eux seul le temps consacré à la recherche. ■

Bernadette Tissot, Centre Anti-poisons

Impressions d'Athènes

L'efficacité de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé

Voilà déjà 2 ans et demi que s'est déroulée la première Conférence Européenne à Rotterdam. Cette année, la 2ème Conférence avait lieu du 14 au 16 mai dans la capitale grecque.

Il ne s'agit plus seulement aujourd'hui de parler de l'efficacité de l'éducation pour la santé. Les organisateurs ont ajouté la promotion de la santé. Le sujet s'est donc considérablement élargi, au grand bénéfice des participants, 433 exactement. Peu de Belges parmi eux, et encore moins de francophones... Considérations budgétaires et autres obligent, sans doute!

Les réflexions concernant la première Conférence parues dans le numéro 45 de notre revue Education Santé, décrivaient parfaitement

l'ambiance et l'intérêt intellectuel de cette manifestation.

Il en va, toutes choses égales par ailleurs, de même pour celle-ci. Avec, tout de même, quelques différences.

Une conférence présentant 101 abstracts, avec seulement 2 abstracts belges - "Pauvre Belgique" - et 15 séminaires (workshops) sur l'école, les hôpitaux, l'hygiène dentaire, la nutrition, cancer, tabagisme ...

La formule de présentation des abstracts, 15 minutes d'exposé puis discussion, se révèle en fait utile tant pour le présentateur que pour l'assemblée, les questions enrichissant les uns et les autres.

Il est certain que les rencontres en dehors des assemblées de séminaires s'avèrent fructueuses également, mais trois jours ne suffisent pas pour trouver des réponses à des questions que se posent des chercheurs de Pologne, de Hollande ou d'Israël...

Une question interpellante: qu'est-ce qu'une "bonne" recherche?

C'est celle qui consiste à poser la bonne question, pour la bonne population avec la bonne méthode sur la bonne partie de la population de la bonne manière au bon moment!

Un programme qui évalue... pour évoluer

Le programme R.A.S. s'inscrit dans une durée de quatre années avec pour objectif d'étendre un Réseau d'Actions Sécurité sur l'ensemble de la Communauté française. Il vise à rendre permanent le souci d'améliorer la sécurité des enfants et des personnes âgées par des actions tant sur les comportements que sur l'environnement.

A ce propos, on peut déplorer le manque de courage d'une partie des organisateurs, puisque le 15 mai, jour de réunion des Ministres de la Santé à Bruxelles, il n'a pas été possible de faire voter une motion partagée par une grande majorité des participants demandant l'interdiction totale de la publicité pour le tabac.

Il est certain que les grandes campagnes de publicité du secteur tabac menées dans les media pour mettre en doute les dangers du tabagisme passif d'une part, et le peu d'effet de la publicité si on en croit ses assertions d'autre part, font toujours l'objet de polémiques.

Peut-être la prochaine conférence à Amsterdam prévue du 24 au 26 mai 1993, et qui portera sur l'éducation pour la santé et les mass media pourra-t-elle apporter des renseignements utiles?

Il nous reste un voeu à émettre, c'est de voir plus de **travaux concrets** dans le domaine de la promotion de la santé, plutôt que des recherches et des études sur l'efficacité de celle-ci.

A trop vouloir chercher, mesurer, ne passe-t-on pas à côté de l'**essentiel** qu'est l'**action**? ■

Michel Pettiaux

Le programme R.A.S. a été conçu et organisé pour répondre à la variété des causes à l'origine des accidents domestiques et à la complexité des situations à risque. Ce constat amène habituellement à multiplier les moyens et les outils de prévention, à faire éclater les objectifs selon les lieux, les groupes d'âges, les types d'accidents, etc. Au-delà,

UNE PHASE D'INTERVENTION

La partie la plus concrète de la campagne se situe à ce niveau: nous souhaitons créer, dans le Brabant wallon, des services de diagnostic et d'intervention qui seraient chargés, à la demande de la personne, soit de poser un diagnostic sur l'état de sécurité du domicile, soit d'aider à l'aménagement pour rendre la maison plus sûre (installer un interrupteur, placer une barre d'appui...). Certains groupes d'entraide existent déjà dans les amicales UCP, dans les paroisses, les CPAS, les mutuelles, nous nous proposons d'en faire un relevé et d'informer quelques-uns de ces bénévoles sur les possibilités d'aménagement. Nous les inviterons aussi à servir de relais.

Nous visons ici à ce que des groupes locaux créent un réseau de micro-solidarité pour les personnes concernées et qu'elles aient ainsi des personnes de référence dans leur propre région.

Ces trois phases sont interdépendantes et peuvent être développées séparément. Ainsi, dans une localité, on peut simplement aborder la phase de sensibilisation tandis que dans une autre, une phase d'intervention sera mise sur pied. Tout dépendra des circonstances et du dynamisme local. Mais notre objectif est bien sûr d'arriver à la troisième phase en un maximum d'endroits.

Nous souhaitons aussi briser l'isolement des personnes âgées en leur proposant de venir fréquenter les amicales, les clubs sportifs, de faire des voyages, ... bref de bouger. Pour cela, nous disposons de toute l'infrastructure de l'UCP.

Enfin, nous voulons informer les professionnels qui entourent les personnes âgées (infirmières, aides-ménagères, assistantes sociales...) lors de formations inter-services pour que celles-ci soient attentives à l'environnement dans le domicile.

Vous vous rendez bien compte qu'il s'agit là d'un projet d'envergure: si la phase de sensibilisation est prévue en juin et les premières animations en octobre, nous ne pouvons prévoir où nous nous arrêterons...

si nous nous arrêtons. D'autant plus qu'Educa-Santé, qui coordonne le projet Réseau d'Actions Sécurité nous a proposé d'en faire partie. Le matériel que nous aurons réalisé (dossier d'animation, questionnaire, stand...) sera donc diffusé un peu partout en Communauté française. Des formations d'animateurs,

de professionnels seront aussi prévues dans ce cadre.

Eric Jauniaux, Infor Santé Nivelles
Renseignements à propos de cette campagne: Infor Santé Brabant wallon, Eric Jauniaux, 067/21 21 21 et UCP Brabant Wallon, Rachel Renard, Thierry Modave, 067/21 79 41. ■

Création d'un réseau media

RAS

L'opinion publique est en partie déterminée par les idées véhiculées par les media. Ces derniers renvoient souvent une image dramatique et spectaculaire des accidents qu'ils relatent. C'est assez normal mais ce n'est peut-être pas la meilleure option sur le plan pédagogique. Il est donc primordial de sensibiliser les journalistes à une vision non fataliste des accidents domestiques.

L'objectif recherché est de développer un réseau de journalistes locaux, titulaires des rubriques Social, Société ou Faits divers.

Le but de ce réseau est de parvenir, en 1994, à sensibiliser les journalistes locaux de la Communauté française à une approche positive des accidents domestiques. Cette approche visera à éviter le fatalisme en insistant sur le fait que 90% des accidents surviennent chez soi ou dans l'exercice d'un sport en amateur peuvent être évités.

La prévention s'articule sur la connaissance des dangers et la maîtrise des risques.

Comment ce réseau se mettra-t-il en place?

Lors de l'installation des différents foyers d'action, la Cellule Communication & Media de Question Santé, en collaboration avec la Commission Locale de Coordination,

contactera les différents journalistes de la presse écrite, radio et télévisée de la région pour les sensibiliser au problème.

En fonction de l'endroit, du thème et du public concerné par le foyer d'action mis en place, ce contact pourra se faire, soit par un entretien personnel avec chacun des journalistes, soit par l'organisation d'un déjeuner de presse ou l'envoi d'un communiqué de presse accompagné d'un dossier complet présentant l'ensemble de la problématique.

Idéalement, une relance de ce réseau devra être effectuée régulièrement pour maintenir le contact. Cette relance pourra prendre la forme d'un communiqué de presse personnalisé, envoyé suite à un accident significatif survenu récemment dans la région concernée. ■

Philippe Mouchet, Question Santé

Toujours disponible à Infor Santé, le dépliant 'Home Sweet Home ?' Renseignements au 02/237.48.53

En 1992, après une évaluation de la cassette vidéo auprès de quatre groupes, l'IEIAS a demandé à une assistante sociale de réaliser des animations dans des groupes de personnes âgées au départ du vidéogramme. L'objectif de ces séances est de construire un modèle d'animation auprès de ce type de public.

Ce modèle sera proposé dès 1993 aux animateurs de groupes de seniors dans le cadre entre autre d'un module du post-graduat en gérontologie sociale de l'IEIAS.

Pratiquement, il s'agit d'accompagner la cassette d'un guide d'utilisation à l'usage de l'animateur et d'un carnet à remettre aux participants. Celui-ci propose quelques pistes permettant à la personne d'acquiescer un regard critique, un regard d'"expert de la sécurité" sur son propre logement. Il s'agit donc de susciter chez elle une attitude active, le pari étant qu'une prise de conscience personnelle puisse susciter des comportements adaptés.

D'autre part, plusieurs demandes d'intervention dans les formations d'aides familiales sur la prévention des accidents domestiques ont conduit l'IEIAS à construire un module de formation sur ce thème.

Les aides familiales constituent en effet un public intermédiaire privilégié auprès d'une population très âgée, souvent isolée, et issue d'un milieu socio-culturel peu favorisé.

La stratégie utilisée est de construire ce module au départ de la culture professionnelle et des préoccupations des aides familiales elles-mêmes. C'est pourquoi la participation d'un groupe d'aides familiales du CPAS de Charleroi a été demandée pour travailler durant quatre mois à la construction de ce module. Le matériel envisagé est un montage de diapositives.

Ce module est destiné, lui aussi, à être proposé à des personnes en formation, elles-mêmes chargées de la formation des aides familiales.

En conclusion, en travaillant durant l'année 1992 à ces "modèles" d'animation et de formation, l'IEIAS a pour objectif de proposer quelques pistes d'action situées à la

charnière des activités liées à la sensibilisation et au démarrage de foyer d'action, dans la perspective du projet RAS.

Carine Lorent, documentaliste à l'IEIAS

Prévention des chutes dans le Brabant wallon

Depuis maintenant plus de deux ans, s'est créé au sein de l'Union Chrétienne des Pensionnés du Brabant Wallon un groupe de réflexion dont le but est de définir une politique globale et cohérente en éducation à la santé pour le public de cette association. C'est ainsi que se réunissent chaque mois divers responsables des amicales, du service UCP fédéral et du service Infor Santé. Après une période de réflexion tous azimuts, le groupe s'est fixé quatre axes de travail à long terme. Il a choisi d'aborder prioritairement le thème des accidents domestiques chez les personnes âgées et de mener une action d'envergure dans tout le Brabant wallon.

La gestion de ce projet est menée conjointement par l'UCP et le service Infor Santé des Mutualités Chrétiennes du Brabant Wallon. L'UCP, en tant que mouvement, proposera cette action à son public (amicales, clubs sportifs) et formera des animateurs-santé. Infor Santé apportera ses compétences techniques en matière d'éducation à la santé (dossiers d'animation, formation d'animateurs, articles de presse, contacts avec les autres organismes...)

Dès le départ, nous avons contacté divers services d'éducation à la santé s'occupant de la prévention des accidents domestiques (Educa-Santé, l'Institut Européen Interuniversitaire de l'Action Sociale, la Caisse primaire d'Assurance Maladie d'Ille et Vilaine,...) qui nous ont aidés à définir nos objectifs et à affiner notre campagne. C'est ainsi que très vite, nous nous sommes rendu compte que l'accident-type au troisième âge, c'est la chute. Ce sera donc le thème central de notre action.

Une stratégie en trois phases a été définie:

UNE PHASE DE SENSIBILISATION GÉNÉRALE

D'abord, en juin 1992, une sensibilisation du public âgé des Mutualités Chrétiennes du Brabant wallon. Un dépliant, "Home sweet home?", a été diffusé dans le bulletin de liaison de l'Union Chrétienne des Pensionnés, de l'Association Chrétienne des Invalides et Handicapés et dans les secrétariats de la Mutualité. Parallèlement à cela, un stand attirant l'attention sur ce problème a été présenté dans 8 secrétariats jusqu'en septembre 92 (15 jours dans chaque endroit). Mais nous viserons aussi un public plus large par le biais d'une campagne de presse (locale, régionale et nationale). Nous avons contacté Question Santé pour nous aider dans son élaboration.

L'objectif poursuivi par cette première démarche est de "semer à tout vent". Cela nous mettra, du moins nous l'espérons, en position de force pour amener le public à une réflexion plus concrète puisqu'il en aura déjà entendu parler quelque part.

UNE PHASE D'INFORMATION

Une fois la phase de sensibilisation effectuée, nous comptons organiser des séances d'information plus approfondies dans des amicales UCP ou tout autre groupe de personnes âgées. Lors de ces animations, du matériel de sécurité (barre d'appui, rampes...) sera présenté aux participants. Un dossier aide-mémoire comprenant une série de conseils pratiques et un diagnostic de sécurité de la maison a été réalisé à cette occasion. Nous envisageons également d'informer de ce problème les professionnels qui rencontrent, dans le cadre de leur métier, des personnes âgées (assistantes sociales, aides familiales, infirmières...) de sorte qu'ils puissent, le cas échéant, conseiller un aménagement du domicile pour éviter la chute et informer sur les aides possibles.

L'objectif que nous poursuivons ici est que les personnes regardent leur maison avec un oeil plus critique quant à la sécurité et sachent ce qu'il faut faire (qui contacter, quel matériel utiliser, quel aménagement réaliser...).

il devrait motiver à investir dans des stratégies "à large spectre", qui visent la modification d'ensembles de situations ou de comportements porteurs de risques multiples.

Ainsi, pour éviter une dispersion des efforts et un manque de cohérence, il importe de mettre en place une stratégie communautaire qui s'adapte aux priorités locales et régionales; utilise les réseaux social, culturel, éducatif et sanitaire existants; regroupe les moyens et les outils de la prévention.

Dans cette optique, le programme R.A.S. s'organise d'abord à l'échelon local (la commune) pour couvrir ensuite petit à petit l'ensemble de la Communauté française, en progressant selon les étapes suivantes:

Etape 1 :
Sensibilisation de la population et des relais locaux (1989-1990-1991).

Etape 2 :
Développement de foyers d'action (1992).

Etape 3 :
Mise en place de coordinations locales (1993).

Etape 4 :
Mise en place d'un réseau à l'échelle de la Communauté française (1994).

Cette démarche de quatre années implique, dans un projet concerté, une grande diversité de méthodes ainsi que de nombreux partenaires. Par conséquent, elle requiert des pratiques de fonctionnement nouvelles, y compris dans le domaine de l'évaluation. D'autant plus qu'une évaluation classique du programme en terme de réduction de la mortalité et/ou de la morbidité s'est avérée malheureusement peu praticable à moyen terme.

En effet, le souci d'évaluation s'est rapidement heurté aux imprécisions et aux insuffisances du recueil épidémiologique en matière d'accidents domestiques. Le programme coordonné de prévention n'ayant ni les moyens, ni la mission de suppléer à ces faiblesses, les actions d'évaluation ont surtout été orientées vers l'analyse des processus et des résultats intermédiaires.

Développer un système de vigilance des accidents domestiques à l'échelon local

Malgré la priorité accordée à l'analyse des processus et des résultats intermédiaires, le programme R.A.S. souhaite, pour le long terme, le développement d'un système de vigilance des accidents domestiques à l'échelon local, afin de disposer d'informations plus complètes et plus opérationnelles sur les paramètres de santé de la population.

Le relevé des intoxications au monoxyde de carbone illustre tout particulièrement l'intérêt, dans une stratégie de mobilisation communautaire, d'impliquer les acteurs locaux dans le recueil d'information sur le problème de santé à prévenir. Nous vous renvoyons à ce sujet à l'article de Bernadette Tissot dans cette même rubrique "Réflexions".

Outre l'enrichissement des données épidémiologiques, une telle démarche présente l'avantage de sensibiliser les acteurs locaux et de fournir des orientations pour adapter les objectifs et stratégies préventives à la réalité locale. La Charte d'Ottawa met en évidence le rôle essentiel que pourrait jouer la maîtrise d'une évaluation des résultats par la communauté.

"Renforcer l'action communautaire, la promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé".

La maîtrise de ces compétences suppose l'existence d'une démarche évaluative au niveau local.

Par ailleurs, K. Tones recommande l'évaluation formative plutôt que sommative pour faire face à la complexité des programmes communautaires. Il est en effet prioritaire d'éclairer les raisons de succès et d'échec des actions pour les guider et les rendre efficaces. K. Tones évoque plusieurs raisons pour limiter l'évaluation centrée sur les résultats au profit de l'évaluation centrée sur les processus et les résultats intermédiaires:

1. dans les programmes communautaires, il est difficile d'isoler les effets des actions;
2. cette complexité impose le recours à des schémas d'évaluation sophistiqués, qui conduisent à manipuler la réalité et à évaluer des situations artificielles;
3. de telles manipulations posent des questions éthiques;
4. les intervenants d'un programme communautaire ont des objectifs variés, auxquels il faut répondre;
5. un programme communautaire a besoin d'un flot d'informations continu et ne peut attendre l'évaluation finale;
6. la participation des partenaires à l'évaluation est un élément-clé dans le processus de développement d'un tel programme.

Les évaluations mises en place depuis 1989 se présentent sous la forme d'une série d'études ponctuelles, elles se caractérisent par une grande hétérogénéité. Cependant, toutes visent à fournir des informations utiles pour prendre des décisions.

- Décisions de réajustement du programme R.A.S. lui-même:

Par exemple, mise en place de formation de relais et d'acteurs-éducateurs, pour stimuler le passage de la phase "sensibilisation" à la phase "foyers d'action".

- Décisions de révision des stratégies ou des objectifs spécifiques par rapport à des réalités opérationnelles:

Par exemple, construction de fiches complémentaires au carnet de contrôle technique du logement

de l'O.N.E., pour renforcer le caractère éducatif des interventions des T.M.S.

La cohérence de ces pratiques évaluatives multiformes est assurée par l'A.P.E.S., en collaboration avec Educa-Santé. Ceux-ci animent la concertation entre les partenaires impliqués dans des actes d'évaluation. Le soutien méthodologique se concrétise de la manière suivante:

- Définir un ensemble de critères d'évaluation stables directement issus des objectifs stratégiques et éducatifs du programme, afin d'y confronter les résultats des évaluations qualitatives ou quantitatives, d'en préciser la signification pour les réajustements du programme.
- Construire un cadre conceptuel qui stimule, oriente et sélectionne les propositions d'évaluation par les partenaires du programme.
- Fournir une aide technique pour construire, appliquer des outils d'évaluation et en exploiter les résultats, en veillant, dans la mesure du possible, à respecter les exigences de standardisation qui permettent de comparer ces résultats à d'autres.
- Organiser pour les partenaires des occasions de réflexion sur leur collaboration et leur adhésion au programme R.A.S.

Ce sont ces éléments garants de la cohérence qui sont présentés ci-dessous, sous forme de réflexions théoriques et d'exemples puisés dans le programme R.A.S. des deux dernières années.

Des critères issus des objectifs stratégiques et éducatifs du programme

A. Objectif stratégique

L'analyse du projet met en évidence que l'objectif central de la stratégie est la mobilisation communautaire pour la prévention des accidents domestiques.

Le degré de mobilisation communautaire serait donc le critère principal de l'évaluation. Quels critères permettraient de dire qu'il y a mobilisation communautaire?

On pourrait y distinguer trois dimensions:

1. La **dimension "mobilisation"**: si la stratégie fonctionne bien, les individus (les membres de la communauté) sont de plus en plus sensibilisés, puis mobilisés, puis actifs dans la prévention des accidents domestiques.
2. La **dimension "actions"**: si la stratégie fonctionne bien, on voit apparaître des actions collectives, de plus en plus nombreuses et de plus en plus efficaces pour la prévention des accidents domestiques.
3. La **dimension "communauté"**: si la stratégie fonctionne bien, une communauté va naître, puis se structurer, puis se gérer; elle prend de plus en plus en charge les "actions".

Reprenons et détaillons chacune de ces trois dimensions sur lesquelles il y aurait lieu d'évaluer le projet R.A.S., afin d'identifier progressivement des indicateurs.

1. LA DIMENSION "MOBILISATION"

Une personne mobilisée est une personne qui a envie d'agir, qui s'en croit capable et responsable, qui établit une priorité sur son échelle de valeurs et décide d'agir en conséquence.

Un critère de réussite de la stratégie serait donc que le public fasse de la sécurité un critère de choix de ses comportements et développe une volonté d'agir vers plus de sécurité.

2. LA DIMENSION "ACTIONS"

On pourra juger de la qualité des actions collectives:

- à leurs qualités méthodologiques, notamment la participation des bénéficiaires, la continuité et la permanence, la structuration, la définition d'objectifs, l'évaluation, etc;
- à leur autonomie progressivement croissante à l'égard de l'équipe de coordination, à la prise en charge

par les relais locaux des diverses étapes de l'action;

- au nombre de personnes concernées;
- à la variété des secteurs touchés.

3. LA DIMENSION "COMMUNAUTÉ"

Dans la première phase du projet (Sensibilisation), on attend que la collectivité s'informe et que la communauté se crée.

Pendant la phase 2 (Foyers d'Actions), la communauté se réunit autour d'un projet, elle s'identifie et peut être identifiée.

Durant la phase 3 (Coordination), la communauté se structure.

La phase 4 est marquée par le passage à un réseau.

Les critères seraient:

- le degré d'organisation et de coordination;
- le degré d'autonomie;
- la qualité et la quantité des collaborations au sein de l'institution (entre pairs et dans la hiérarchie) et entre institutions.

L'évaluation externe du programme, présentée un peu plus loin dans ce numéro, illustre le recours à ces critères stratégiques.

B. Objectifs éducatifs

Le but de la stratégie R.A.S. n'est pas tant de susciter une nouvelle représentation de l'accident que de:

- complexifier et nuancer les représentations de l'accident, quant aux situations potentiellement dangereuses, aux causes et aux solutions préventives: envisager trois pôles de déterminants (entourage humain, environnement matériel, individu), envisager les interactions entre ces trois pôles, etc.;
- modifier les systèmes de valeurs de manière à polariser autrement les connaissances et les comportements, en accentuant la composante "sécurité-danger".

Nous n'approfondirons pas l'analyse de ces objectifs qui ont fait l'objet de plusieurs textes, dont celui

tion, le patient sera convié à une visite médicale à l'issue de laquelle le traitement sera instauré.

Entre ces deux visites, le patient ne devra pas changer ses habitudes tabagiques. L'arrêt du tabac commencera réellement à la deuxième visite.

Le patient se présentera ensuite aux troisième et quatrième visites espacées de plus ou moins trois semaines afin de l'aider à passer le cap difficile du sevrage.

Après trois mois, six mois et douze mois, le patient sera invité à se représenter afin de confirmer son arrêt total du tabac.

Quatre Centres d'Aide aux Fumeurs participent à la recherche, 450 personnes entre 18 et 65 ans, motivées et volontaires qui désirent arrêter de fumer pourront se présenter aux centres cités à Bruxelles et en Wallonie.

Où s'adresser:

Bruxelles: C.A.F. de la F.A.R.E.S., rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/512.29.36.

Liège: C.A.F. de la Province, Institut Malvoz, Quai du Barbou 4, 4020 Liège. Tél.: 041/44.79.55.

Charleroi: C.A.F. de l'Hôpital Civil, Bld Paul Janson 12, 6000 Charleroi. Tél.: 071/23.20.81.

Namur: C.A.F. de la Province, Rue Château des Balances 3b, 5000 Namur. Tél.: 081/22.24.22. ■

Michel Pettiaux, F.A.R.E.S.

Prochainement dans Education Santé, un outil pour la prévention des accidents domestiques chez les personnes âgées.

Prévention des accidents domestiques chez les personnes âgées

RAS

En parlant de prévention de l'accident domestique chez la personne âgée, il n'est pas sans intérêt de rappeler que le terme "personne âgée" doit être clarifié auprès des intervenants, qu'il s'agisse de santé ou d'autre chose. Vieillir n'est pas une maladie, même si la prévention doit tenir compte du vieillissement musculaire, articulaire et nerveux, en l'absence de toute pathologie.

Comme le rappelle la gérontologue française Maximilienne Levet-Gautrat dans son livre "Papy Boom" (Grasset, 1988), la conquête du XXème siècle aura été, plus que celle de l'Espace, celle du Temps, puisque l'Homme s'est arrogé au cours de ce siècle 30 années de vie supplémentaires. L'important est cependant d'ajouter de la vie aux années" plutôt que l'inverse.

Ce constat nous fait clairement prendre conscience que toute action menée auprès des "personnes âgées" s'adresse à au moins deux générations distinctes qu'il est peut-être rapide de cataloguer en "3ème" et "4ème" âge!

Par ailleurs, chacun de nous, en sa qualité d'"ancien enfant" et de "futur vieux", sent bien à quel point il peut être inadéquat d'opposer, dans ses discours professionnels "adulte" et "personne âgée". A quel âge perd-on sa qualité d'adulte?

Le problème ne sera donc plus de trouver des euphémismes pour remplacer le terme "vieux" par "senior", "aîné" ou "troisième âge", mais de s'adresser à la personne plus qu'à la personne âgée.

Ne peut-on pas expliquer en partie, par ces réflexions, les résistances rencontrées lors d'animations de prévention des accidents domestiques?

Cette perspective est peut-être un des chemins vers la réussite à long terme des programmes que nous élaborons.

En l'absence d'une réponse scientifiquement étayée, le jeu n'en vaut-il pas la chandelle?

Des chemins sans risque dans la maison

L'Institut Européen Interuniversitaire de l'Action Sociale (IEIAS) se préoccupe depuis 1981 de prévention des accidents domestiques chez les personnes âgées, dans le cadre de son département de gérontologie sociale. Ses activités se centrent autour de la recherche et de la formation, mais ses travaux concernant les accidents domestiques ont trouvé écho dès le début auprès des étudiants des Universités du Temps Disponible de la Province du Hainaut dont il a coordonné les activités jusqu'il y a peu.

De 1981 à 1989, les actions de l'IEIAS ont été marquées par des expositions, des campagnes de presse, l'organisation de colloques, la réalisation d'une enquête (1982) auprès de la population âgée du Hainaut et par des publications.

Depuis 1990, l'accent a été porté davantage sur la réflexion concernant la problématique "accidents domestiques" en relation avec ce public particulier et sur la construction de modèles pédagogiques liés à cette réflexion. C'est ainsi qu'au cours de l'année 1991, un vidéo-programme intitulé "Des chemins sans risque dans la maison" a été réalisé pour servir de support aux animations proposées aux groupes de seniors. Nous vous présentons ce programme de façon détaillée dans la rubrique "Vu pour vous".

Le tabac, plus pour moi

Le Ministère de la Santé Publique aide les fumeurs à arrêter de fumer

À l'initiative du Ministère de la Santé Publique, la F.A.R.E.S. (Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Éducation à la Santé) conduit une étude comparative de l'efficacité d'un traitement comportant un support psychologique isolé (sans l'usage d'un substitut nicotinique) et d'un traitement à base de substitut nicotinique accompagné ou non d'un support psychologique sur les taux d'abstinence tabagique mesurés après douze semaines et un an, dans un groupe de fumeurs "non hospitalisés" consultant spontanément pour arrêt de l'habitude tabagique.

Les résultats de cette étude seront traités par l'Institut de Pharmacologie et d'Investigations Biomédicales.

Cette étude offre la possibilité de participer à un travail de déconditionnement tabagique, **gratuit** et sous **surveillance médicale**.

On sait que l'incidence et la mortalité par cancer du poumon sont en croissance dans les pays industrialisés. Cette situation est à mettre en rapport avec le fait que beaucoup d'hommes continuent à fumer et que les femmes accroissent leur consommation de tabac.

L'incidence du cancer du poumon et des autres maladies liées à l'usage du tabac peut être réduite par la prévention. La prévention du tabagisme est un des défis majeurs de notre temps. Aux États-Unis, 90 % des fumeurs souhaiteraient arrêter de fumer, et on estime que 15 % d'entre eux arrivent à le faire chaque année.

Les taux de tabagisme ont diminué aux USA et en Europe durant les

dernières années. En Belgique, la Ligue Cardiologique Belge rapporte que le nombre de fumeurs a diminué de 5 % entre 1982 et 1985, pour ceux qui fument moins de 25 cigarettes par jour.

Cette diminution est probablement due aux mesures législatives prises contre le tabagisme, à l'éducation pour la santé et au développement des méthodes de sevrage tabagique.

Les principales méthodes de traitement de sevrage tabagique sont: les programmes éducatifs, les programmes de modification du comportement, l'hypnose, l'acupuncture, la prescription de médicaments ou la combinaison de ces diverses méthodes. Les techniques de motivation, incluant l'éducation pour la santé, les mass media, les affiches, les mises en garde sur les paquets de cigarettes, etc. semblent toutefois insuffisantes dans les pays industrialisés quand elles sont utilisées isolément.

Même chez les fumeurs âgés de 50-60 ans, qui ont eu pour la plupart l'expérience de symptômes ou d'une maladie en liaison directe avec

le tabac et à qui beaucoup d'années restent pour arrêter de fumer, le taux de cessation reste inférieur à 40 %. Cela démontre l'influence importante de la dépendance au tabac sur les décisions des fumeurs. L'éducation à la santé permet probablement une meilleure connaissance des effets nocifs du tabagisme sur la santé et des méthodes pour arrêter de fumer, avec par voie de conséquence une motivation accrue pour l'arrêt du tabagisme.

Il ressort d'un examen critique des méthodes éducatives aversives que si la crainte facilite la persuasion et renforce l'intention d'arrêter de fumer, elle ne conduit pas le fumeur à l'arrêt.

La dépendance à la nicotine en est probablement la cause ainsi que des facteurs psychologiques qui valorisent et confortent le comportement tabagique.

C'est la raison pour laquelle il est intéressant de comparer une aide psychologique considérée isolément avec un substitut nicotinique accompagné ou non d'une aide psychologique.

Il est important que l'administration du substitut nicotinique soit graduellement diminuée durant les trois premiers mois qui suivent le début de l'étude car on a constaté que 5 % des fumeurs arrivant à s'abstenir de fumer notamment à l'aide d'une gomme à mâcher à la nicotine continuent à utiliser la gomme après un an.

Le but de l'étude n'est pas de remplacer une dépendance par une autre.

Au commencement de son administration, la nicotine stimule le système nerveux sympathique, pouvant causer une légère tachycardie et une hypertension. Étant donné le risque associé au tabac et les effets pharmacologiques de l'absorption de nicotine, toute prescription de nicotine doit être étroitement surveillée.

COMMENT SE DÉROULERA L'ÉTUDE?

L'étude s'étendra sur un an et consiste en 7 visites.

Après la première visite de sélection

paru dans Education Santé n°62 de novembre 1991 "Quelle image le grand public a-t-il des accidents domestiques ?"

En synthèse, les critères d'avancement et de réussite du programme R.A.S. seraient :

- représentations de l'accident plus nuancées et moins fatalistes;
- actions collectives de qualité, autonomes, nombreuses, variées;
- organisation d'une communauté coordonnée, autonome, qui collabore.

Un cadre conceptuel qui oriente les propositions d'évaluation

Dans le cadre du programme R.A.S., les possibilités d'évaluation ont été structurées selon trois axes.

1. L'axe des étapes du programme R.A.S.
 - 1.1. La phase de sensibilisation
 - 1.2. La phase des foyers d'actions
 - 1.3. La phase des réseaux locaux
 - 1.4. La phase du réseau Communauté française
2. L'axe du public concerné par l'action
 - 2.1. Les partenaires
 - 2.2. Les relais (intermédiaires vers les acteurs directs)
 - 2.3. Les acteurs directs (intermédiaires vers la cible ultime)
 - 2.4. Les publics-cibles
3. L'axe des objets de l'évaluation
 - 3.1. Les besoins
 - 3.2. Les processus
 - 3.3. Les résultats

Reprenons, en les explicitant les composantes de chacun de ces axes.

1. Les étapes du programme R.A.S.

1.1. SENSIBILISATION

Grâce à l'organisation d'un événement local, la sensibilisation vise:

- à attirer l'attention de la population sur l'importance des accidents domestiques et les possibilités de prévenir ceux-ci;
- à mobiliser les relais et acteurs-éducateurs afin qu'ils développent des programmes de prévention (ou foyers d'actions).

1.2. DÉVELOPPEMENT DE FOYERS D'ACTION

Durant cette deuxième phase, il s'agit de mettre en place des projets dans des structures sanitaires, sociales, éducatives et culturelles qui désirent approfondir les actions de prévention des accidents domestiques.

Un foyer d'action se caractérise par:

- l'implication du professionnel (relais ou acteur direct) qui intègre dans son travail un programme de prévention des accidents domestiques;
- la mise en route d'un programme qui tienne compte d'une analyse de la situation, qui précise les objectifs et qui réalise une évaluation;
- la qualité des stratégies de pré-

vention des accidents domestiques avec une approche globale, intégrée et éducative.

1.3. COORDINATION DES ACTIONS-SÉCURITÉ SUR LE PLAN LOCAL

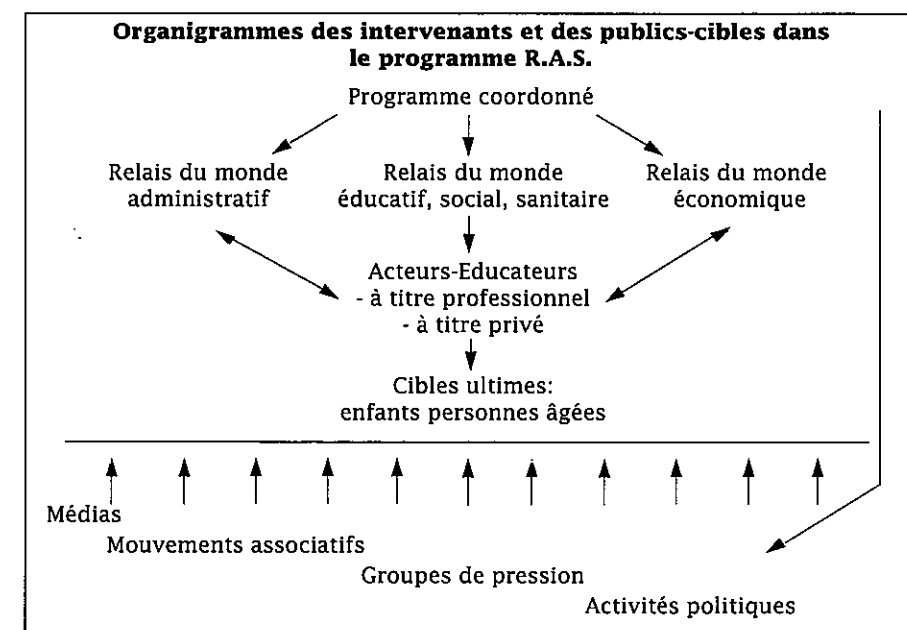
La réalisation de cette étape marquera la mise en place d'une réelle approche communautaire, dont les critères seront les suivants:

- les foyers d'action deviennent des lieux permanents d'action;
- une coordination locale s'installe, soutenue par le programme R.A.S.;
- des projets communs se développent à partir de ce noyau central, en intégrant plusieurs facteurs de risque et plusieurs secteurs professionnels.

1.4. MISE EN PLACE D'UN RÉSEAU À L'ÉCHELLE DE LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

2. Les publics concernés par l'action

Dans le projet R.A.S., nous nous trouvons face à des catégories de publics variés et variables en fonction de leur rôle et position à l'égard du public-cible ultime (enfants et personnes âgées) comme cela est illustré dans l'organigramme ci-dessous. Nous distinguons au minimum les catégories suivantes:



2.1. PUBLICS-CIBLES

Enfants, personnes âgées.

2.2. ACTEURS DIRECTS OU EDUCATEURS

Ce sont les personnes qui exercent une action dans l'entourage immédiat du public-cible, dans un des milieux de vie de l'enfant ou de la personne âgée. Ces personnes peuvent être acteurs de prévention, soit à titre privé (par exemple, une mère de famille), soit à titre professionnel (par exemple, une aide familiale, une puéricultrice, un enseignant).

2.3. LES RELAIS OU INTERMÉDIAIRES

Ce sont des personnes (ou institutions) qui n'exercent pas de responsabilité dans l'entourage immédiat des public-cibles, mais qui influencent la prévention des accidents domestiques en exerçant une action directe sur les acteurs-éducateurs ou sur l'environnement de ceux-ci.

Ces relais peuvent appartenir aux secteurs éducatif, social ou sanitaire (*inspection médicale scolaire, consultation des nourrissons, services communaux d'aide sociale, pouvoirs organisateurs, inspecteurs, directeurs de l'enseignement,...*), mais aussi aux secteurs économique (*organisations de consommateurs, architectes, concepteurs de produit,...*), administratif et politique.

2.4. LES PARTENAIRES DU PROGRAMME COORDONNÉ R.A.S.

Ce sont les institutions qui adhèrent au programme coordonné et qui le mettent en oeuvre.

Ceux-ci peuvent exercer des actions sur les trois catégories de public précédentes. Cependant, il est souhaitable qu'ils accordent la priorité à l'information-formation des acteurs-éducateurs et surtout des relais, afin de donner à leur action un caractère démultiplicateur.

3. Les objets de l'évaluation: besoins, processus, résultats

Traditionnellement, on distingue les objets d'évaluation suivants:

- les processus, c'est-à-dire la manière dont se déroule l'action, les activités et les moyens mis en oeuvre, la participation des structures, des services et de la population, les qualités techniques des actions, l'organisation des services, les caractéristiques des supports et de leur diffusion, les méthodes, les types de relation entre professionnels et publics, etc;
- les résultats spécifiques ou intermédiaires, c'est-à-dire les conduites (ensemble structuré de comportements autour d'un objet, d'une situation), les attitudes et connaissances qui y sont liées;
- les résultats finaux en termes de santé, de qualité de vie ou d'acquis sociaux, c'est-à-dire mortalité,

morbidity, prévalence des "quasi-accidents", etc.

Ces évaluations, qui se fondent sur des prises d'information qualitatives ou quantitatives, doivent en principe être interprétées en référence à des critères fixés avant l'action. Le recueil d'informations avant l'action baptisé selon les cas évaluation (Deccache), diagnostic (Green), analyse des besoins, répond à plusieurs fonctions:

- définir les objectifs finaux ou terminaux (en terme de santé);
- choisir les objectifs intermédiaires (connaissances, attitudes, comportements) à développer auprès des publics-cibles ou des relais;
- choisir les moyens d'action (supports, services collaborateurs, relais,...);
- fixer des critères d'évaluation.

Les relations entre analyse des besoins, objets d'évaluation et moments de l'évaluation ont été schématisées (voir tableau) et illustrées par les contenus des enquêtes organisées en 1989, 1990 et 1991 autour des expositions de la Maison Géante.

Remarquons en outre que, dans la mesure où les différents objets d'évaluation sont des outils au service d'une régulation de l'action, les évaluations (A + 1) d'une action réalisée à un moment A en référence à une première analyse de besoins (A - 1) fournissent des éléments de l'analyse des besoins (B - 1) pour la répétition de cette action à un moment B.

Le secourisme, une nécessité lors de l'accident



Promouvoir la prévention des accidents, c'est mettre tout en oeuvre pour éviter ceux-ci. Cependant, il arrive que l'accident survienne.

Celui-ci n'est heureusement pas toujours dramatique, mais dans tous les cas la première intervention sera essentielle, car souvent c'est d'elle que dépendra l'évolution plus ou moins favorable de la situation.

On parle régulièrement de la mortalité liée aux accidents mais on n'attire pas assez l'attention sur les séquelles que ceux-ci peuvent entraîner.

Les cicatrices laissées par une brûlure grave, la paralysie consécutive à un traumatisme sont des dommages physiques irréparables accompagnés de souffrances morales et de coûts importants pour la société.

Le cours de secourisme peut apporter à chacun la compétence qui lui permettra d'être un premier intervenant efficace, d'agir à bon escient lors d'un accident, de limiter au maximum les séquelles graves et parfois de sauver une vie. La Croix-Rouge dispense ce cours et possède une longue expérience en la matière.

Il convient ici d'attirer l'attention sur la distinction à faire entre la formation très complète des volontaires Croix-Rouge qui interviennent lors de catastrophes ou en action préventive dans des manifestations à risque et la formation plus courte du secouriste qui s'adresse à toute la population.

C'est en repensant à la définition du secouriste que la Croix-Rouge a revu sa formation et publie pour la rentrée un nouvel outil pédagogique, le "Dossier du Secouriste" qui devient le nouveau support du cours.

Le secouriste, c'est "Monsieur ou Madame tout le monde" sans formation médicale ou paramédicale particulière qui souhaite apprendre les "gestes qui sauvent".

C'est celui qui en tous lieux, à la maison, à l'école, sur la route ou dans son entreprise veut être capable d'intervenir efficacement en cas de besoin.

C'est celui qui interviendra le premier, seul et sans matériel.

Dans cette perspective, la matière qui s'était étoffée au cours du temps a été simplifiée afin de mettre l'accent sur l'essentiel utile à l'action.

Le minimum d'anatomo-physiologie nécessaire est intégré aux différents chapitres qui se présentent par ordre d'urgence décroissante.

Des tableaux et des résumés permettent de visualiser l'essentiel.

La présentation sous forme de fichier permettra des mises à jour régulières.

Le recentrage du cours de secourisme s'inscrit dans une démarche générale des Sociétés Croix-Rouge européennes qui travaillent actuellement à la définition d'une matière minimale donnant accès à un brevet européen. La Belgique fait partie du groupe de travail initial et son dossier s'inscrit parfaitement dans cette démarche européenne.

Si la matière est un peu allégée, elle ne pouvait fondamentalement changer quant à son contenu. Par contre la pédagogie pouvait encore être améliorée.

Le secourisme ne peut être un cours "ex cathedra" il doit être essentiellement basé sur des "mises en situation" et des exercices pratiques auxquels chacun doit pouvoir prendre part.

Cette importante révision pédagogique a été réalisée en collaboration avec le professeur D. Leclercq, directeur du Service de technologie de l'Education (université de Liège) qui nous a aidés à réaliser de nouveaux outils d'évaluation. Elle a été possible grâce aussi à l'extraordinaire enthousiasme des moniteurs bénévoles qui ont participé à des réunions d'informations et à un week-end de formation à cette pédagogie active.

Dès septembre, des affiches vous inviteront à suivre un cours de secourisme dans votre commune.

En 40 heures, dans une ambiance dynamique et sympathique vous pourrez apprendre ces gestes fondamentaux que tout citoyen devrait connaître.

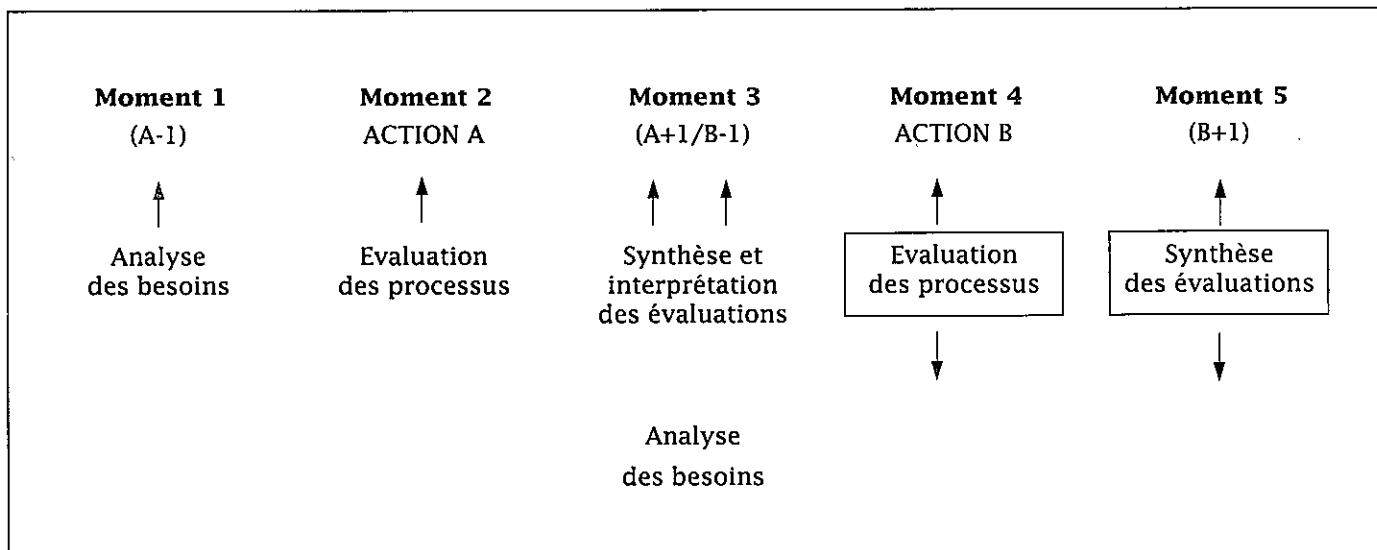
N'hésitez plus, cette année devenez secouriste et participez ainsi à la vaste campagne de prévention des accidents entreprise en Communauté française.

Le Dossier du Secouriste n'est qu'un outil qui accompagne la formation donnée par la Croix-Rouge. Il peut s'acheter lors de l'inscription au cours.

Pour tous renseignements, consultez votre section locale ou votre comité provincial (pages blanches de l'annuaire téléphonique à Croix-Rouge de Belgique). ■

Viviane Delegher

Ce numéro spécial "accidents domestiques" a été réalisé en collaboration avec Educa-Santé.



Module 4: découvrir le matériel pédagogique sur l'alimentation: "Igor dévore" et participer activement à la conférence-débat sur "La réussite scolaire de l'enfant et de l'adolescent".

L'APPRENTISSAGE EN CLASSE

A partir de mars 1992, en suivant précisément les indications méthodologiques, chaque enseignante a utilisé durant douze heures les outils pédagogiques de base, à la grande joie des enfants qui trouvent là l'occasion de parler, dans un cadre scolaire, de leur univers quotidien: la maison et ses abords immédiats.

rité à l'école". M. R. François projette des séries de diapositives sur le thème. Mme Christine Elnikof explique le jeu "Barrez-vous les dangers" à un jeune public passionné. Mme Angèle Lemaître propose l'atelier audio-visuel "Gully Patatras" qui remporte un vif succès. Mme Andrée Bastin, déléguée de la Croix-Rouge, anime la "Maison des dangers". Dans la cour de récréation, les futurs apprentis conducteurs s'entraînent sur la piste de sécurité routière sous l'oeil bienveillant du garde champêtre.

Le soir les parents et les responsables de l'entité venus nombreux

L'ACTION EN COURS D'ÉVALUATION

La motivation des partenaires, le nombre des invités à la fête de la sécurité, l'évaluation de l'inspection scolaire et l'intérêt marqué par les responsables communaux permettent dès à présent de conclure à l'efficacité de l'action. Certains commentaires sont d'ailleurs élogieux: "Bravo à l'équipe éducative pour son travail, sa réflexion et sa disponibilité" (Mme l'inspectrice maternelle Belle), "Vraiment une bonne réalisation. Voici une initiative particulièrement bien réussie et à encourager" (M. l'inspecteur cantonal Grégoire).

Néanmoins, nous entamerons une évaluation qualitative de l'ensemble de la démarche (dans ses différentes phases) dès la prochaine rentrée scolaire.

EN GUISE DE CONCLUSION

Tous les intervenants de ce projet pilote sont satisfaits de son déroulement. L'école pilote a pu réaliser un projet avec l'appui d'organismes spécialisés, ce qui présente plusieurs avantages: gratuité des outils pédagogiques, soutien méthodologique, mise en relation avec d'autres (écoles, institutions,...).

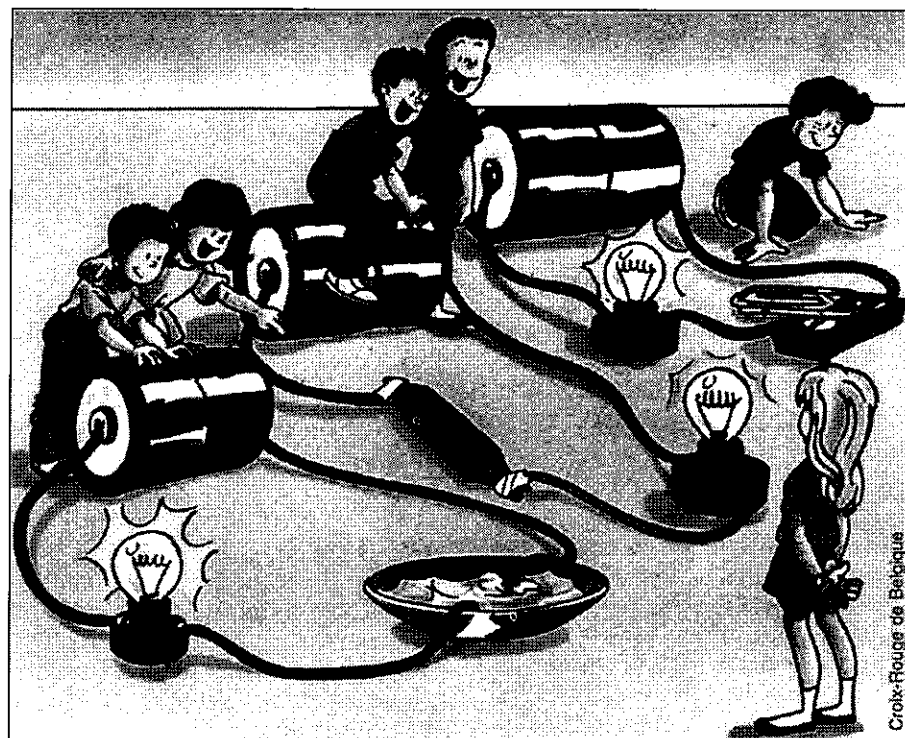
Promocoop asbl et la Croix-Rouge ont valorisé de manière optimale l'éducation pour la santé et la sécurité en milieu scolaire par la mise en pratique des moyens de prévention permettant de faire diminuer le nombre de l'enfant tant dans leur nombre que dans leur gravité. En outre cette action a permis une évaluation in situ des outils pédagogiques, ainsi que la formation de relais susceptibles de répercuter l'action au niveau local.

Nicolas du Bled et Eric Motte

Les dossiers "Parlons sécurité à l'école" et "La réussite scolaire de l'enfant et de l'adolescent" peuvent être obtenus à la Croix-Rouge de Belgique - Service Education pour la Santé, chée de Vleurgat, 84 à 1050 Bruxelles (tél.: 02/645.46.62).

L'album illustré "Les aventures de Gully Patatras" et le cahier pédagogique "Prudence j'y pense" sont disponibles auprès de Promocoop asbl - 28 rue Haute à 1000 Bruxelles (tél.: 02/513.44.92). ■

visitent avec intérêt l'"Espace Sécurité Itinérant" présentant une panoplie de matériel de sécurité ainsi qu'un exemple de pharmacie familiale idéale. Ils découvrent aussi le "Livre Géant", qui consiste en l'exposition des travaux réalisés par les élèves (dessins, collages, reportages photographiques, carnets de travaux,...). Le projet global leur est ensuite présenté. Des réponses sont données aux nombreuses questions sur les activités réalisées par les enfants ainsi que sur l'état des lieux de la sécurité dans l'école. Les parents qui le souhaitent emportent les affiches et dépliants d'information contenant une moisson de conseils de prévention.



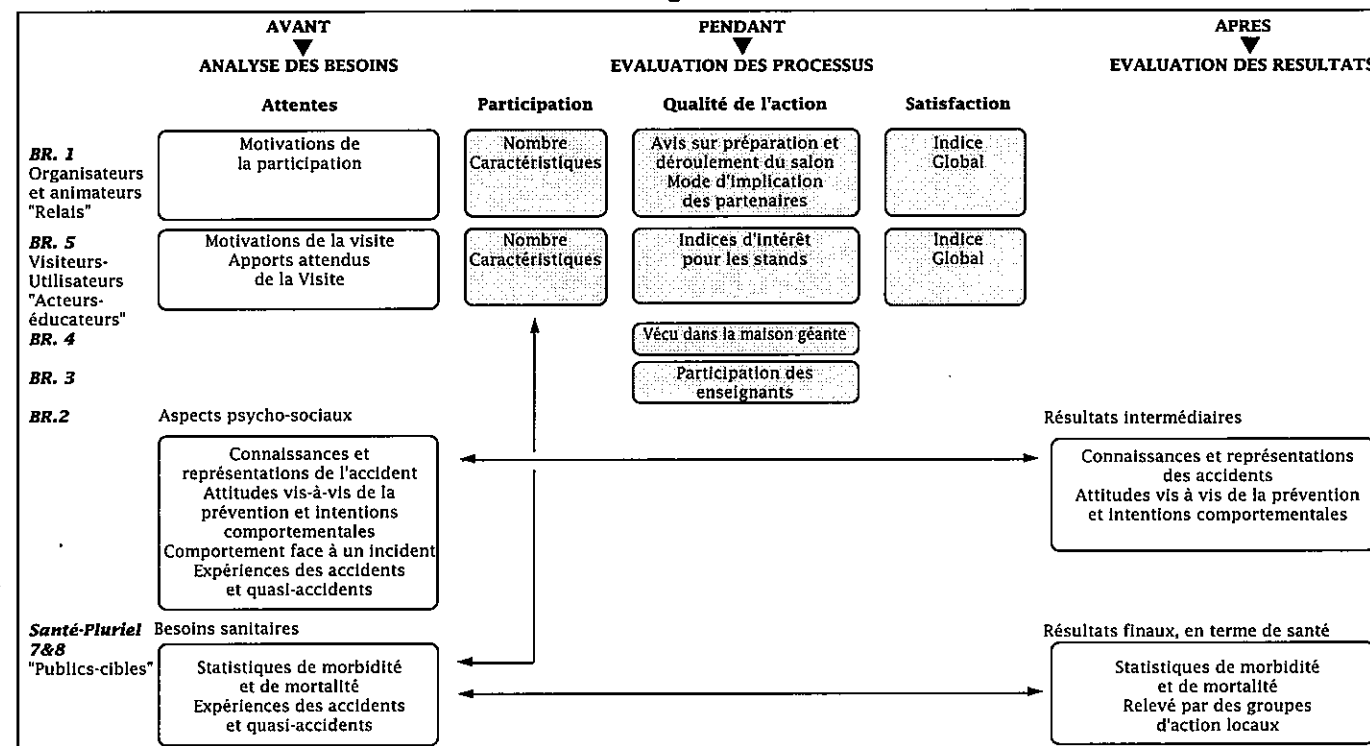
L'EXTENSION DE L'ACTION AU NIVEAU LOCAL

Pendant le mois de mai 1992, le groupe de pilotage a organisé une fête de la sécurité afin de sensibiliser les parents et les écoles environnantes. Celle-ci fut annoncée par l'intermédiaire des journaux locaux (L'avenir du Luxembourg, Les annonces de l'Ourthe et Top magazine).

Le matin et l'après-midi, de nombreuses activités sont proposées aux écoles qui se sont tout spécialement déplacées.

Mme Anne-Marie Petit, directrice de l'établissement, anime avec une de ses élèves l'atelier "Parlons sécu-

Les évaluations de l'outil de sensibilisation "Maison géante"



D'autres outils de sensibilisation ont également fait l'objet d'évaluation de processus

Des questionnaires ont été envoyés aux enseignants afin de définir le niveau de mobilisation de ceux-ci et la qualité des actions réalisées suite à la diffusion d'un support de sensibilisation spécifique. Cette procédure a été employée:

- par Promocoop, suite à la diffusion de "Gully patatras" et de "Prudence, j'y pense";
- par les C.L.C., suite à la diffusion de la B.D. "Attention, ça chauffe" (voir article dans les pages suivantes).

Il s'agit donc d'évaluations de processus auprès des acteurs directs. Ces enquêtes visent à définir:

- la proportion d'écoles, d'enseignants, d'élèves touchés par le document de sensibilisation;
- l'acceptation de l'outil par les enseignants;
- la manière dont ils ont utilisé cet outil et éventuellement les activités qu'ils ont organisées à ce propos.

Des outils de sensibilisation spéci-

fique ont fait l'objet d'évaluation en cours de réalisation afin de mieux les adapter à leur public-cible.

Ainsi le vidéo produit par l'I.E.I.A.S. "Des chemins sans risque dans la maison", qui est présenté dans ce numéro, a fait l'objet de quelques séances d'évaluation par la méthode des groupes focalisés afin d'étudier la perception du document par le public des personnes âgées:

- la compréhension des informations essentielles;
- l'identification aux personnages et à la maison;
- la perception des messages-clés;
- le fait de se sentir concerné par les messages de prévention.

Les informations ainsi recueillies ont servi à modifier certaines séquences et à élaborer une fiche d'animation pour accompagner le vidéogramme.

Les fiches complémentaires de l'O.N.E. "Adapter la protection aux comportements de l'enfant", présentées également dans ce numéro,

ont été expérimentées par un groupe de travailleuses médico-sociales (T.M.S.) de Namur, avant l'élaboration de la version définitive.

Les renseignements suivants ont été recueillis à cette occasion:

- remarques sur le contenu des fiches (réponses inutiles, nécessité d'informations complémentaires, etc.);
- analyse des circonstances dans lesquelles il a été possible d'utiliser les fiches (lieu, moment, âge de l'enfant, type de famille, temps consacré à cette discussion, etc.);
- remarques formulées par les parents sur le contenu et sur l'utilité des fiches;
- remarques des T.M.S. ou des parents sur la présentation de ces fiches.

Il s'agit donc ici d'évaluations qualitatives sur des petits groupes afin de déterminer le contenu ou l'utilisation optimale d'un outil. Dans le premier cas, les animations expérimentales ont été réalisées par le partenaire du R.A.S.-concepteur de l'outil. Dans le second cas, les acteurs-éducateurs qui devront utiliser l'outil ont été directement impliqués dans l'évaluation.

Conclusion

Pour s'adapter aux moyens disponibles et aux besoins des partenaires, le programme R.A.S. s'est intéressé à une diversité de démarches et d'objets d'évaluation, qui relèvent en majeure partie de l'analyse des processus. Le bilan des expériences réalisées en 1989-1990 et surtout 1991, montre l'intérêt opérationnel de ces évaluations, dans la mesure où:

- on les situe à leur juste place dans un cadre de référence commun;
- on se soucie de comparativité, de cohérence et de pertinence avec les évaluations mises en place avant, pendant et après;
- on interprète les résultats par rapport aux objectifs stratégiques et éducatifs ultimes du programme R.A.S.

Ainsi pratiquées, ces évaluations produisent des bénéfices, qui dépassent largement le cadre du programme R.A.S.:

- elles ont un réel caractère formatif et régulateur pour les partenaires du programme;
- elles fournissent sur les processus, des informations utilisables par d'autres programmes qui se préoccuperaient de mobilisation communautaire. ■

Chantal Vandoorne, Educa-Santé, **Michel Demarteau**, APES, **Claudine Kefer**, CERES

Bibliographie

BAUDIER, F., MENARD, C., PALICOT, A.-M., Evaluation d'un programme de santé communautaire sur les accidents domestiques, rencontre avec les différents acteurs du programme à l'initiative d'Educa-Santé, Paris, C.F.E.S., document ronéotypé, juin 1992.

DECCACHE, A., Pour mieux choisir son évaluation... Définition et rôles des évaluations en Education pour la Santé, Collection Méthodes au Service de l'Education pour la Santé, Liège, A.P.E.S., 1989.

Educa-Santé, Brochures de la série R.A.S., Charleroi, 1992:

1. Evaluation de la participation des relais de la communauté locale. Phase de sensibilisation 1989-1990.
2. Expériences et représentations de l'accident et de la prévention : phase de sensibilisation 1989-1990.
3. Evaluation de la participation des écoles. Phase de sensibilisation 1991.
4. Evaluation du vécu dans la Maison Géante. Phase de sensibilisation 1991.
5. Evaluation de l'impact auprès des visiteurs. Phase de sensibilisation: 1989, 1990, 1991.

EDUCA-SANTE, Campagne coordonnée de prévention des accidents domestiques, Analyse de la situation et projet Réseau d'Actions Sécurité, Charleroi, document ronéotypé, octobre 1990.

EDUCA-SANTE, Projet coordonné

Réseau d'Actions Sécurité: rapport des activités 1991 et projet R.A.S. 1992, Charleroi, Educa-Santé, document ronéotypé, avril 1992.

GREEN, L.-W., LEWIS, F.-M., Measurement and Evaluation in Health Education and Health Promotion, Mayfield Publishing Company, California, 1986, 411 P.

KEFER, C., Rapport d'activité de l'évaluation du projet R.A.S. par le C.E.R.E.S. en 1991, Liège, Université de Liège, document ronéotypé, octobre 1991.

LECLERCQ, D., Cinq facteurs de production de la conduite en matière de santé, Communication à la Deuxième Journée Régionale d'Education pour la Santé d'Ile de France, Paris, 1987.

O.M.S., Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé, 1986.

TONES, K., TILFORD, S., ROBINSON, Y., Health Education, Effectiveness and efficiency, London, Chapman and Hall, 1990, pp 244-247.

L'évaluation externe du programme R.A.S.



Une démarche adaptée à l'analyse des processus de partenariat et de mobilisation communautaire

L'évaluation externe a été organisée à la demande de la Cellule Permanente en Education pour la Santé de la Communauté française de Belgique. Elle a été confiée à une équipe française composée de François Baudier et de Colette Ménard du Comité français d'Education pour la Santé (C.F.E.S.), et de Anne-Marie Palicot du Comité départemental d'Education pour la Santé d'Ille et Vilaine. Ils ont été choisis pour leur compétence en promotion de la

santé et leur expérience spécifique dans le domaine de l'éducation à la sécurité.

Cette équipe de spécialistes extérieurs avait pour mission:

- d'évaluer l'adéquation des activités réalisées dans le cadre du programme R.A.S. à l'objectif stratégique général de mobilisation communautaire;
- d'évaluer l'adhésion des partenaires du programme aux objectifs

de 50 ans et de motiver les femmes de 50 à 69 ans à participer au programme de dépistage. L'effort de sensibilisation devra surtout porter sur l'information des femmes appartenant aux milieux socio-économiques moins favorisés, qui connaissent moins bien le dépistage et y participent moins.

Les résultats indiquent aussi que les médecins traitants peuvent jouer un rôle très important dans la décision de participer au dépistage.

Projet Bruxellois de Dépistage du Cancer du Sein, c/o Oeuvre Belge du Cancer, rue des Deux-Eglises 21, 1040 Bruxelles. Tél.: 02/230.69.00. ■

Journal d'une action pilote en milieu scolaire



Depuis 1989, Promocoop asbl développe une vaste campagne de prévention des accidents de la vie courante intitulée "Prudence, j'y pense!". Celle-ci se base sur l'utilisation dans les écoles maternelles de documents pédagogiques destinés à initier des actions de prévention (**Les aventures de Gully Patatras** - album illustré; **Prudence, j'y pense** - cahier pédagogique). Le projet se poursuit actuellement dans le cadre du programme RAS. La Croix-Rouge de Belgique diffuse pour sa part en Communauté française un dossier pédagogique pour le cycle primaire intitulé **Parlons sécurité à l'école!** ainsi que l'affiche **En sport, sécurité d'abord!**

Gully, Alex, Olivier, Julie et les autres...

Dans l'album illustré l'institutrice maternelle découvre Gully l'écureuil, héros d'un récit de fiction qui présente, à travers sept épisodes les accidents les plus fréquents (chutes, noyades, coupures, asphyxies, brûlures, intoxications et électrocutions) et surtout les conseils de prudence pour les éviter. Ensuite, elle recherchera dans le cahier pédagogique "Prudence, j'y pense" des suggestions d'activités d'élargissement dans les domaines intellectuels, psychomoteurs et socio-affectifs.

L'instituteur primaire quant à lui, découvrira dans un dossier associant théorie et pratique des sé-

quences d'apprentissage variées abordant trois thèmes privilégiés: les brûlures, les intoxications et les traumatismes. Des situations de narration-discussion, d'exploration d'environnements-types et de réalisation d'expériences ou d'actions de prévention, permettront aux enfants de prendre conscience de leurs comportements et attitudes face aux risques et d'adapter ceux-ci.

Outre la création et la diffusion de documents, la Croix-Rouge et Promocoop asbl se sont associés dans la mise en place de lieux pilotes en Communauté française. A titre d'exemple, nous présentons les différentes phases du déroulement de l'action menée à Borlon, une des cinq écoles du Réseau d'Ecoles Pilotes, qui comprend une école par province.



Parlons sécurité à Borlon

RECHERCHE DE L'ÉCOLE IDOINE

En avril 1991, nous présentons le projet pédagogique aux relais locaux de la Croix-Rouge afin de rechercher une école dans la province du Luxembourg. Lors de cette

rencontre, nous explicitons les critères d'adhésion, par exemple: la nécessité d'avoir une section maternelle et primaire, la motivation à long terme pour la thématique et la participation d'un maximum d'enseignant(e)s aux différentes étapes du projet.

En mai 1991, nous prenons contact avec l'école de Borlon. Au terme de la réunion de concertation, la directrice et toutes les enseignantes se montrent vivement intéressées par le projet, et ce d'autant plus qu'existent dans l'école plusieurs situations à risques (escaliers défectueux, cour de récréation non aménagée,...). Elles souhaitent par ailleurs une extension de la démarche à d'autres thèmes afin de s'orienter vers une approche plus globale d'éducation pour la santé. Après échange de propositions, nous retenons deux sujets: l'alimentation équilibrée et l'inadaptation scolaire (problématique locale qui reçoit trop peu de réponse). Dès ce moment, nous constituons l'équipe de pilotage du projet, composée de Mme Anne-Marie Petit (directrice de l'établissement) Mme Andrée Bastin (déléguée locale de la Croix-Rouge) et nous-mêmes.

L'ÉCOLE EN FORMATION

A partir d'octobre 1991, nous proposons une formation modulaire de façon à mieux préparer les enseignant(e)s à réaliser concrètement les actions de prévention. Nous en définissons les objectifs comme suit:

Module 1: aborder la thématique d'un point de vue théorique (définitions, statistiques,...) et ancrer ces connaissances dans l'expérience des participants (questions tremplins, discussions sur la sécurité dans l'école,...).

Module 2: prendre connaissance de manière approfondie du matériel pédagogique de base et des orientations méthodologiques, notamment la méthode de discussion en petits groupes centrée sur le vécu quotidien de l'enfant.

Module 3: appliquer les notions étudiées par la conception d'un projet: la réalisation d'un état des lieux de la sécurité dans l'école.

Dépistage du cancer du sein

Premiers résultats d'une enquête dans les communes de Berchem-Sainte-Agathe, Evere, Molenbeek-Saint-Jean et Schaerbeek

Le Projet Bruxellois de Dépistage du Cancer du Sein a pour objectif d'étudier les conditions les plus favorables pour mettre en place un programme organisé de dépistage du cancer du sein, en collaboration avec les médecins généralistes, gynécologues et radiologues des quatre communes-pilotes choisies.

Actuellement, une mammographie de dépistage chez une femme ne présentant ni plainte ni anomalie aux seins, est conseillée tous les deux ans entre 50 et 69 ans.

Dans l'état actuel des connaissances scientifiques, le dépistage par mammographie ne paraît pas capable de diminuer la mortalité par cancer du sein chez les femmes plus jeunes.

Les habitudes de dépistage des femmes de la région bruxelloise sont mal connues car il n'existe aucune donnée statistique concernant la pratique actuelle de dépistage.

C'est pourquoi il était nécessaire, avant de débiter ce Projet, d'évaluer le dépistage déjà existant dans les quatre communes. Les données fourniraient des renseignements précieux pour l'éducation à la santé.

A partir des listes de population, 1.000 femmes de 35 à 69 ans ont été tirées au sort, ainsi qu'un second échantillon pour remplacer les adresses erronées ou les absences.

Résultats

1 152 contacts ont été pris par les enquêtrices et 886 questionnaires ont été complétés. 23% des personnes contactées ont refusé l'interview.

MAMMOGRAPHIES

Au cours de leur vie, 401 femmes sur les 886, soit 45,2%, ont effectué au moins une mammographie et le nombre d'exams augmente nettement depuis 1989. En considérant un intervalle de deux ans entre deux mammographies, en 1990 et 1991, environ un tiers des femmes de 50 à 69 ans ont effectué au moins un examen radiographique des seins. Près de la moitié de ces mammographies sont effectuées chez des femmes de moins de 50 ans.

PALPATION DES SEINS ET AUTO-EXAMEN

Parmi les 886 femmes interrogées, 73% ont bénéficié d'une palpation des seins par leur médecin les cinq dernières années. 27% des femmes n'ont donc jamais eu d'examen des seins.

L'auto-examen des seins est très peu pratiqué puisqu'en 1991, 16% des femmes seulement signalent faire elles-mêmes l'examen des seins une fois par mois. La moitié des femmes ne le font jamais.

PRATIQUE DU DÉPISTAGE, INFORMATION ET STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE

Les femmes de faible niveau socio-économique ainsi que celles d'origine arabe ou turque ont nettement moins l'expérience de la mammographie et sont moins bien informées sur les méthodes utiles au dépistage du cancer du sein.

15% ignorent ce qu'est le dépistage du cancer du sein.

13% pensent - à tort - que le dépistage se fait par une prise de sang.

Mais la majorité des femmes (56%) donne une réponse correcte: le dépistage du cancer du sein se fait par une mammographie.

INTENTION DE PARTICIPER

61% des femmes interrogées déclarent qu'elles accepteraient une

mammographie de dépistage si elles y étaient invitées, surtout les femmes jeunes de 35 à 49 ans et les femmes de haut niveau socio-économique.

L'intention de participer diminue avec l'âge et le niveau socio-économique. La majorité des femmes (60,6%) préférerait d'abord consulter son médecin avant d'effectuer une mammographie.

CRAINTES

Le cancer du sein fait peur. Les femmes ont surtout peur qu'un cancer du sein ne soit découvert lors d'une mammographie de dépistage. Les autres sources d'inquiétude sont la douleur et la peur des rayons.

Un tiers des femmes de plus de 50 ans pensent, à tort, qu'après la ménopause il n'est plus nécessaire de subir des examens, alors que le risque de cancer augmente précisément avec l'âge.

Conclusions

Le dépistage spontané (non organisé) par mammographie concerne déjà une grande partie de la population féminine des quatre communes, mais près de la moitié de ces examens sont faits avant 50 ans. Or le dépistage par mammographie n'a prouvé son efficacité que chez les femmes de 50 à 69 ans. Il est donc important que les femmes de cet âge (50-69 ans) soient mieux informées sur l'utilité du dépistage par mammographie afin qu'une diminution de la mortalité par cancer du sein puisse être constatée. En effet, pour atteindre cet objectif, il faut qu'au moins 60% des femmes de 50 à 69 ans participent au programme de dépistage par mammographie.

En fonction des résultats de cette enquête, une campagne d'éducation à la santé aura pour objectif de décourager les mammographies de dépistage chez les femmes de moins

et aux stratégies de celui-ci ainsi qu'aux modalités de fonctionnement mises en place;

- de fournir des recommandations pour adapter le programme à ses objectifs stratégiques et aux attentes des partenaires.

Procédure d'évaluation

Pour ce faire, ils ont utilisé les feuilles de route remplies par les partenaires pour garder la trace des démarches et contacts entrepris dans le cadre du projet 1991.

Ces fiches fournissent les renseignements suivants:

- Qui est impliqué dans le contact et comment (nom, profession, statut/lettre, téléphone, entrevue de "x" heures ou minutes,... sans oublier les contacts infructueux et les rappels) ?
- Quel est l'objet du contact (ordre du jour d'une réunion, demande formulée, etc.) ?
- Quel est le résultat du contact (décision prise, réunion fixée, etc.) ?
- Quels points restent en suspens?

Les évaluateurs ont également examiné l'ensemble des documents produits dans le cadre du programme: vidéos, rapports d'évaluation, dossiers pédagogiques, dépliants grand public, programmes de formation, etc.

Enfin, ils ont rencontré chacun des organismes communautaires partenaires du programme et les ont interviewés sur les points suivants:

- leur "accroche" au programme communautaire,
- leurs attentes initiales,
- leurs objectifs immédiats,
- leurs perceptions des difficultés,
- leurs perspectives à moyen terme.

Résultats de l'évaluation

Les conclusions du rapport d'évaluation fourni par l'équipe française, et présentées ci-dessous, ont été analysées lors d'une réunion de travail avec les partenaires du programme et ont abouti à formuler les

objectifs et stratégies du R.A.S. pour 1992.

L'évaluation du processus R.A.S. par rapport au critère de mobilisation communautaire était développée en trois points:

1. Les limites de la "Maison géante" comme stratégie de mobilisation communautaire

Certaines contraintes imposées par ce type d'outil peuvent jouer un rôle de frein par rapport à un travail de proximité nécessaire à la mobilisation communautaire. Les évaluateurs ont surtout épinglé le fait que cet outil ait été conçu de façon extérieure aux partenaires et l'importance de l'investissement humain exigé par l'organisation, qui risque d'épuiser pour un temps les énergies des relais locaux. Ils ont suggéré d'organiser des événements en cours d'action, comme "point d'orgue d'une stratégie locale réellement comprise".

2. L'absence de groupes de pilotage locaux

Ceux-ci auraient facilité l'organisation d'un suivi au niveau local après les Semaines de Sécurité. Pour favoriser la mise en place de tels groupes, ils suggèrent de redéfinir le rôle des C.L.C. dans le programme et de renforcer celles-ci. Ils suggèrent également de former des coordonnateurs, en insistant tout particulièrement sur la connaissance du milieu et sur l'approche de la problématique "accident domestique".

3. La difficulté d'installer une permanence dans les foyers d'action

Pour résoudre cette difficulté, les évaluateurs insistent sur l'importance d'intégrer la dimension sécurité dans les pratiques quotidiennes des professionnels de terrain, et par conséquent sur la nécessité d'organiser des formations pour ces relais et acteurs-éducateurs.

L'analyse des acquis et difficultés du partenariat au sein d'un programme coordonné s'organise le long de trois pistes.

1. Les aspects positifs, à conserver, renforcer et approfondir

Il s'agit de la coordination du programme par Educa-Santé, de l'évaluation sous la guidance de l'A.P.E.S., des démarches pour rendre plus opérationnels des outils, dont la qualité de base est soulignée par les évaluateurs.

2. Multiplier les réflexions communes, afin de rendre indissociables et complémentaires les démarches des organismes partenaires

Il s'agit en particulier de travailler ensemble à reformuler les objectifs du programme, à définir des stratégies communes, à discuter des outils et de leur utilisation, à travailler en partenariat sur des projets ou des outils. Il importe également de re-clarifier en cours de programme des éléments essentiels du processus R.A.S., par exemple: *Comment faire évoluer l'intervention des organismes partenaires au cours des quatre années, afin d'éviter l'essoufflement évoqués par ceux-ci? Comment établir des liens dynamiques entre partenaires et Commissions locales de Coordination?*

3. La nécessité d'un repérage institutionnel clair par rapport à la participation au programme R.A.S.

Il importe de mettre à plat l'implication des institutions et des personnes dans le programme et de réfléchir en commun sur les motivations et les résistances au partenariat.

Outre l'intérêt de cette démarche d'évaluation pour la régulation du processus R.A.S. et la formulation du projet 1992, ce regard extérieur par des spécialistes du domaine a été vivement apprécié par les partenaires du programme. Ils y ont trouvé une occasion d'exprimer leur point de vue en toute liberté, mais aussi de recueillir des suggestions intéressantes sur leurs actions spécifiques. L'unanimité se dégage en faveur d'une répétition de cette évaluation externe à intervalles réguliers. ■

"Attention ça chauffe!" RAS

Evaluation de la diffusion d'une BD éducative dans l'enseignement primaire

Pour rappel (1), ce projet fut mené à l'initiative de la Fondation Nationale d'Aide aux Grands Brûlés (FNAGB), de l'Institut Provincial d'Hygiène Sociale de Namur (service UPPEs) et de la Commission Locale de Coordination (CLC) de Namur en collaboration avec Educa-Santé, le Centre de Coordination Communautaire, le service Education pour la santé de la Croix-Rouge de Belgique et l'ensemble des CLC. Il s'inscrivait dans le cadre du programme RAS à la suite des actions entreprises à Namur en mai 1991 lors de la manifestation "Village Enfants Admis". Son objectif était de sensibiliser à la prévention des brûlures les élèves et les enseignants de quatrième primaire dans un premier temps, et les familles des enfants dans un second temps.

Pour ce faire, nous disposions d'un outil original: une bande dessinée intitulée "Attention ça chauffe" réalisée par la FNAGB.

Les enseignants de toutes les quatrièmes primaires de l'ensemble de la Communauté française prévenus au préalable par la revue "Contact" de la Croix-Rouge et par une campagne médiatique, pouvaient se procurer gratuitement la BD en contactant la CLC de leur région.

Notre choix s'est porté sur la quatrième primaire car le contenu de la BD nous paraissait mieux adapté à des enfants de cet âge et parce que ceux-ci pouvaient aisément partager l'information au sein de leur famille.

Pour aider les enseignants à aborder la problématique des accidents domestiques, un guide d'utilisation de la BD était joint. Il reprenait entre autre quelques références bibliographiques et les adresses des différents services compétents en matière de prévention des accidents domestiques.

Plus ou moins 28.000 BD ont été diffusées, d'octobre 1991 à avril 1992 par les CLC.

L'évaluation de ce projet porte essentiellement sur quatre aspects: la diffusion, l'utilisation, les prolongements et les propositions prioritaires émises par les enseignants.

Ces informations furent recueillies au moyen d'une enquête par questionnaire.

Toutes les CLC ont organisé cette évaluation, hormis celles du Brabant-Wallon et du Hainaut-centre (La Louvière).

Sur un total de 317 questionnaires envoyés aux enseignants, 163 nous ont été renvoyés.



Evaluation de la diffusion de la BD

50% des enseignants ont appris l'existence de la BD par l'intermédiaire de leur direction. Cela s'explique par le fait que la revue "Contact" de la Croix-Rouge est adressée, en général, à la direction de l'école.

Les autres créneaux, qui ont permis de toucher les enseignants, sont par ordre d'importance: les médias, les IMS, les PMS, les collègues de travail, les parents d'élèves et la CLC.

Il est à remarquer que plus de 90% des enseignants n'avaient jamais eu de contact avec la CLC avant ce projet.

Utilisation de la BD

Nous constatons que la BD a été utilisée comme prévu en quatrième primaire dans plus de la moitié des cas. Mais des enseignants l'ont aussi exploitée en cinquième et sixième et quelques-uns en troisième primaire ou dans l'enseignement spécial.

La plupart des enseignants ont utilisé la BD durant l'année scolaire 1991-92. Certains (plus ou moins un quart) ont réalisé un stockage de manière à pouvoir la réutiliser plusieurs fois. Environ 10% ne l'ont pas exploitée ni diffusée cette année. D'autres l'ont placée dans la bibliothèque de l'école afin qu'elle soit disponible pour tous.

Seulement 60% des enseignants ont reçu le guide d'utilisation accompagnant la BD. En effet, la multitude de relais utilisés pour la diffusion de la BD a engendré des pertes dans la distribution de ce document. Toutefois, ceux qui ont pu l'utiliser étaient globalement satisfaits du contenu de ce feuillet, particulièrement des références et des adresses. Ils n'ont pas pour autant pris contact avec les services compétents en matière de prévention des accidents domestiques mentionnés dans le feuillet, excepté avec les pompiers de leur commune.

Trois-quarts des enseignants ont laissé la BD aux enfants. Celle-ci fut principalement exploitée par une lecture en classe.

Prolongement à l'initiative de l'enseignant

L'évaluation nous montre que plus de la moitié des enseignants ont abordé occasionnellement la problématique des accidents domestiques au cours des années antérieures à cette action.

Plus ou moins un quart des enseignants approchent chaque année cette problématique et un sixième ne l'aborderont jamais.

L'utilisation de la BD n'a occasionné que peu d'échanges au sein de l'école. Ceux qui furent établis l'ont

Huit fiches ont été prévues. Elles peuvent être utilisées séparément, et dans un ordre variable, au moment jugé opportun par le T.M.S. Elles sont autocopiantes afin que le parent et l'O.N.E. en conservent un exemplaire.

Les thèmes abordés dans ces fiches sont les suivants:

1. Le bain.
2. La table à langer.
3. Le mobilier.
4. Les escaliers, les balcons et les fenêtres.
5. Les cuisinières et appareils de chauffage.
6. Les prises et appareils électriques.
7. Les produits d'entretien, les cosmétiques et les médicaments.
8. Les animaux familiers.

Le volet de gauche permet une évaluation des apprentissages et des étapes de développement de l'enfant, ainsi que des mesures de sécurité (protection ou comportements de l'adulte). Le volet de droite présente des encarts à caractère éducatif, que le T.M.S. peut exploiter au cours de la discussion.

Ces fiches ont été expérimentées lors des visites à domicile, mais aussi lors d'animations dans les salles d'attente. L'exploitation complète d'une fiche, par exemple lors d'un entretien à domicile, peut prendre du temps (jusqu'à 60 minutes). Pour diminuer cette durée, le T.M.S. peut cependant choisir de s'arrêter plus particulièrement à l'une ou l'autre rubrique, selon les besoins de la famille concernée.

Le choix de la fiche est laissé au jugement du T.M.S., en fonction des nécessités ressenties dans la famille et de l'âge des enfants concernés. Il peut être utile de faire passer plusieurs fiches à une même famille, en les répartissant dans le temps selon l'évolution de l'enfant. Il n'est cependant pas obligatoire de faire passer à tous les 8 fiches. ■

Chantal Vandoorne, Educa-Santé, **Brigitte Marchand**, **Mireille Delestrait**, **Violaine Van Cutsem**, ONE-Service éducation pour la santé

La participation du service Education pour la santé de l'ONE au programme R.A.S., ce sont aussi...

- ...des actions vers le grand public (enfants et éducateurs)

Participer à des actions de sensibilisation "régionales" ou "locales" en collaboration avec des partenaires locaux (T.M.S. de l'O.N.E. locale, C.P.A.S., organismes culturels, etc.) et éventuellement avec d'autres partenaires du R.A.S.

Par exemple, les expositions et animations réalisées à Anheé en juin 92 lors de la journée "La sécurité avant tout".

La conception et l'organisation de campagnes d'affichage centrées sur des risques spécifiques.

Par exemple, affichage dans les cars sur les risques en milieu rural et les possibilités de prévention: les chutes, les produits dangereux liés à la vie agricole, les brûlures sur les poêles, les dangers liés aux animaux, etc.

- ...des actions vers les acteurs-éducateurs professionnels

La sensibilisation et la formation de professionnels de la petite enfance (gardiennes, puéricultrices,...) à la demande.

- ...des actions vers les relais de l'O.N.E.

La sensibilisation des T.M.S. et médecins travaillant dans les consultations, aux dangers de la maison pour les enfants de 0 à 7 ans, et aux possibilités de prévention (protection, aménagement du domicile, attitude vis-à-vis de l'enfant.)

Cette sensibilisation se réalise par la diffusion de fiches techniques ou par des séances d'information.

La formation des T.M.S. à l'approfondissement de la réflexion avec les parents, en salle d'attente, dans les cars ou au domicile, en s'appuyant sur les outils disponibles à l'O.N.E.

Cette formation a pour objectifs: de faire connaître les outils aux T.M.S.; d'expliquer comment et où exploiter ce matériel; de réfléchir sur les possibilités d'évaluation; de susciter une réflexion locale sur la nécessité d'approfondir la prévention de certains accidents et d'orienter cette prévention vers l'apprentissage à l'enfant de moyens pour gérer le danger, en fonction de son développement psychomoteur, et la sensibilisation des parents aux besoins de l'enfant en matière d'activités psychomotrices et de jeux. Cette sensibilisation peut commencer par exemple par un aménagement de la consultation.

Collaborer avec les T.M.S. pour élaborer des projets de prévention locaux (analyse des besoins, identification et justification du problème de santé à prévenir, conception et pré-test des outils, aide à l'évaluation).

Par exemple, conception d'un jeu de quatre affiches pour chacun des trois dangers spécifiques identifiés dans des milieux immigrés de Bruxelles: trotteurs, chauffages d'appoint, brûlures par liquides chauds.

Sensibiliser aux dangers, éduquer à la sécurité, apprendre à maîtriser le risque

Les multiples facettes de la prévention des accidents domestiques de l'enfance

La prévention des accidents domestiques de l'enfance passe par la réalisation des objectifs suivants parmi les éducateurs (parents, grands-parents, puéricultrices, gardiennes,...) et les relais psycho-socio-médicaux:

- développer une meilleure **perception** des risques et surtout **des situations à risque**;
- développer des stratégies de **protection** ou de **suppression du risque**: aménager l'environnement; utiliser des moyens de protection ou des objets "sécurité"; augmenter la vigilance;
- développer des **stratégies d'éducation**: apprendre à l'enfant non seulement à reconnaître et à éviter le danger, mais surtout à maîtriser le risque.

L' O.N.E. développe depuis de nombreuses années, mais plus particulièrement encore depuis sa collaboration au programme R.A.S., de nombreux outils et interventions visant les deux premiers types d'objectifs auprès de publics divers: brochure "Un logement sûr", destinée aux parents et éducateurs; fiche technique n°10 des conseillers pédiatres, pour les équipes médico-sociales des consultations de 0 à 6 ans; jeu "Je connais ma maison", pour les enfants de 5 à 8 ans.

Avec la conception et la diffusion du "Carnet de contrôle technique de mon logement", de nouveaux jalons sont posés dans l'approche préventive des accidents domestiques:

- cet instrument est conçu pour être rempli avec l'aide du Travailleur Médico-Social (T.M.S.) et sti-

muler le dialogue entre T.M.S. et parents à propos des situations qui y sont présentées;

- il propose aux parents d'établir le diagnostic des dangers qui leur sont spécifiques, en leur demandant de choisir, pour chacun des risques présentés, celui des 3 ou 4 items qui correspond le mieux à leur situation; à l'aide d'un feu vert, orange ou rouge, le T.M.S. leur donne une estimation du danger de cette situation;
- pendant la discussion, ce dernier attire l'attention sur l'importance des stratégies éducatives et les risques de la surprotection.

Dans la ligne des conclusions de l'évaluation des représentations de l'accident et de la prévention auprès des visiteurs de la Maison géante (voir Education Santé n°62), il a semblé opportun de construire des fiches complémentaires au "Carnet de contrôle technique du logement", qui rendent encore plus



opérationnelles les options d'interaction, d'individualisation et d'éducation, en germe dans celui-ci.

Ces fiches complémentaires sont intitulées "Adapter la protection aux comportements de l'enfant". Elles se veulent un support pour approfondir la prévention des accidents domestiques lors des consultations, des visites à domicile, et de l'encadrement des gardiennes.

Ces fiches ont été conçues pour montrer plus systématiquement la relation entre le comportement de l'enfant et le nécessaire aménagement de l'environnement matériel ou des comportements de l'adulte. Elles visent à favoriser l'observation de l'enfant par son entourage; l'apprentissage de comportements de sécurité à l'enfant; l'autonomie des parents dans l'identification des situations dangereuses et la recherche de solutions de sécurité; l'éducation de l'enfant à la maîtrise du risque.

1. DANS LE BAIN

CE QUE FAIT MON ENFANT?

Il commence à se tenir seul

Il aime sauter ou se laisser glisser dans le bain

Habituellement, il sort du bain, seul, sans aide

Il a appris à reconnaître les robinets d'eau chaude et d'eau froide (repères de couleurs)

Il fait autre chose:

QUELQUES PISTES POUR SAVOIR SI ...

... mon enfant commence à maîtriser l'élément liquide?

0 quand il se tient de lui-même, il peut le reconnaître;
0 il supporte d'avoir le visage mouillé;
0 il accepte d'être couché sur le dos dans une faible quantité d'eau;
0 il se laisse flotter sans dresser la tête quand on le soutient;
0 il peut tremper la face dans l'eau en fermant la bouche;
0 il est capable de souffler dans l'eau;
0 quand il avale de l'eau par mégarde, il ne s'inquiète pas;
0 ...

CE QUE JE FAIS?

Il m'arrive de laisser l'enfant jouer dans le bain en compagnie d'un enfant plus âgé, alors que je ne suis pas dans la pièce

J'ai placé un mousses ou un siège dans la baignoire ce qui me permet de m'éloigner quand l'enfant est dans le bain

Je place un tapis anti-dérapant dans la baignoire

Quand l'enfant prend son bain, je ne quitte pas la salle de bain

Je fais autre chose:

POUR ALLER PLUS LOIN ...

Dans la salle de bain, d'autres objets peuvent présenter des dangers pour l'enfant:

- produits de beauté: savon de toilette, dissolvant, crème, bain moussant, séche-bain, shampooing, ...
- objets divers: rasoirs, ciseaux;
- appareils électriques;
- chauffages d'appoint;

Vous trouverez dans les fiches suivantes, des conseils à ce propos.

Précautions pour éviter arroses et brûlures:

- si vous possédez un chauffe-eau au gaz, ayez la salle de bain de façon adéquate c-à-d: 1. raccordez le chauffe-eau à une cheminée ou à défaut, prévoyez une grille de ventilation aérée;
2. placez une grille de ventilation dans la porte;

- mélanger toujours eau froide et eau chaude dès l'ouverture des robinets de la baignoire;
- terminer par de l'eau froide, pour refroidir la robinetterie.

Age de l'enfant: Age des autres enfants:

Commentaire:

LEGENDE

- ⊗ Attention? Cette situation présente de sérieux risques
- ⊕ Le danger est limité, mais les paramètres de sécurité restent insuffisants
- ⊖ Les paramètres de sécurité sont satisfaisants. Restez quand même prudent.

O.N.E. - Office de la naissance et de l'Enfance - avec le soutien de la Communauté Française

été avec les collègues et les parents d'élèves, rarement avec la direction. Pour un quart des enseignants, la BD a été l'occasion d'élargir l'information et de réaliser des actions de prévention dans la classe et dans l'école. Par exemple: le rappel des dangers de l'électricité, des risques d'incendie à l'école, l'apprentissage de l'emploi d'un extincteur et de la manipulation de produits inflammables, des cours de secourisme, des exercices d'évacuation en cas d'incendie, la visite d'une caserne de pompier, l'emploi de matériel d'animation (jeu de l'oie, ...).

Certains ont réalisé des outils de prévention: une vidéo mettant en scène cinq histoires avec le soutien d'une télévision communautaire, un jeu de l'oie diffusé à d'autres écoles, des affiches de prévention pour les classes maternelles, un dépliant d'information pour les parents, des panneaux de sécurité,...

Propositions prioritaires

De façon à permettre de traiter la problématique des accidents domestiques dans le cadre de l'école, une majorité des enseignants, plus des trois-quarts, souhaitent disposer d'outils adéquats tels que la BD et développer des animations. Elles-ci devraient être réalisées par des personnes extérieures et permettraient de stimuler la réceptivité des élèves. Une formation spécifique à l'approche de la problématique est souhaitée par 10% des enseignants.

Au terme de ce projet, diverses constatations peuvent être mises en évidence:

- la collaboration de différents services thématiques avec ceux du terrain (CLC) autour d'une même motivation, la prévention des brûlures. Une telle approche a permis non seulement une large diffusion de l'outil mais aussi la concrétisation de cette évaluation qui a pu être réalisée à moindre frais grâce à l'investissement de chaque CLC;
- le nombre d'albums distribués et la manière dont la BD a été utilisée par les enseignants (parfois dans plusieurs classes de quatrième à la fois) peuvent nous

laisser supposer que plus de la moitié de notre public-cible a été touché;

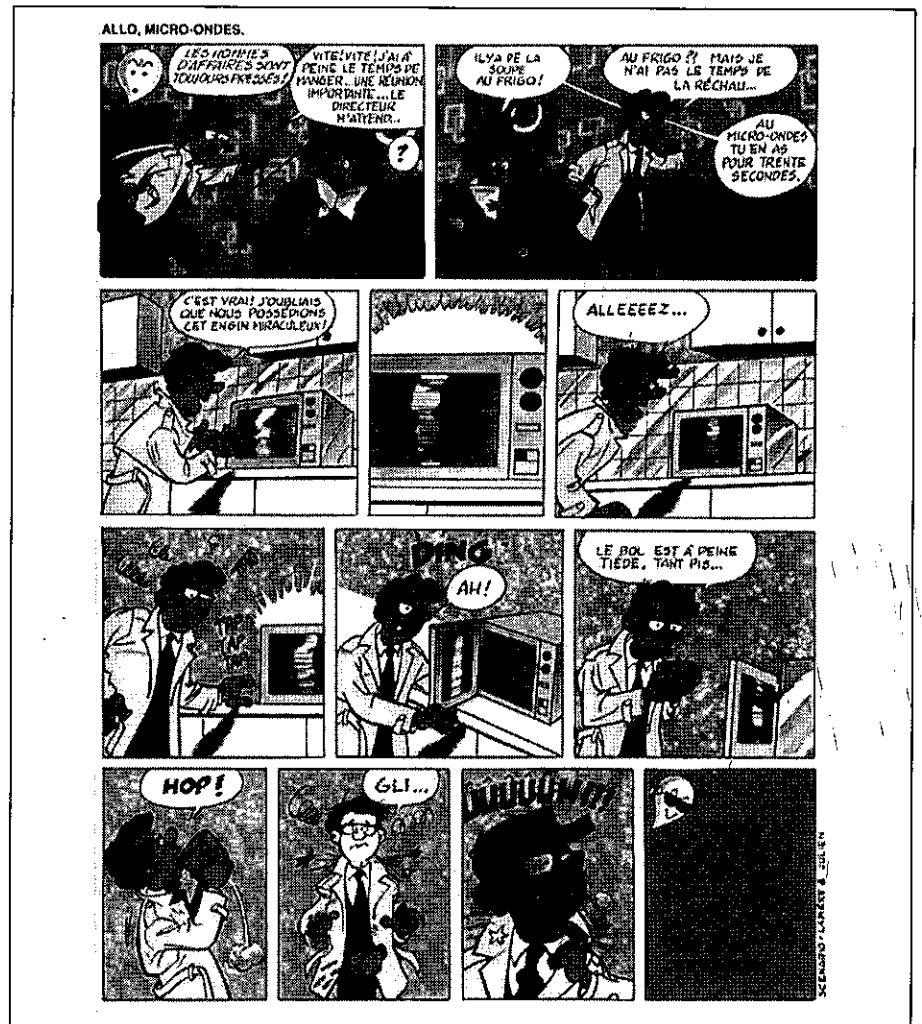
- en ce qui concerne la dynamique mise en place à l'intérieur de l'école, nous constatons que les enseignants ont participé activement au projet non seulement dans l'utilisation de la BD mais aussi dans la mise en place d'actions dans leur école(25%);
- l'évaluation montre aussi l'importance que l'enseignant attribue aux animations dispensées par une personne extérieure à l'école et à l'existence d'outils adéquats. Cette demande met en évidence l'incapacité actuelle des services à assurer ces animations. Pour pallier cette situation, des informations sur l'existence, les objectifs et les moyens des services disponibles devraient être données en milieu scolaire. De même des perspectives de collaboration plus étroites pourraient être envisagées par une formation de

personne ressource à l'approche de la problématique des accidents domestiques au sein du personnel des IMS et PMS, au sein de services spécialisés dans la sécurité (tels que les pompiers, les électriciens...);

- pour d'éventuelles actions plus ciblées dans le domaine de la prévention des brûlures, nous attirons l'attention sur le fait que des difficultés ont été rencontrées dans l'élaboration de ce projet car des lacunes sont apparues dans la recherche de données épidémiologiques concernant les brûlures. Il n'existe en effet dans ce domaine que des données à caractère très général. ■

Martine Bantuelle, Educa-Santé,
Axel Roucloux, Institut Provincial d'Hygiène Sociale de Namur

(1) Cf. A.Roucloux, B.Reginster, Education Santé n°62,11/91, pp.19-20.



L'Autre Cirque ou l'école du risque

RAS

Après trois ans de bons et loyaux services, la Maison Géante cédera bientôt la place à l'Autre Cirque, une exposition-spectacle itinérante dont le thème principal ne sera plus seulement la prise de conscience des dangers domestiques mais la maîtrise des risques. Un peu comme les professionnels du cirque, en somme.

Dans le cadre du programme RAS, en activité depuis 1989, la Maison Géante a pour but de sensibiliser le public au problème des accidents domestiques.

La Maison Géante présente l'avantage d'être très médiatique. Le concept d'une maison surdimensionnée attire les adultes. Le but recherché consiste essentiellement à faire vivre aux parents, enseignants et éducateurs, les dangers que courent les enfants dans une maison et un univers conçus pour les adultes.

Depuis trois ans, ayant été présentée dans 7 localités de la Communauté française, la Maison Géante a bien rempli sa mission que l'on peut résumer ainsi : "Les dangers existent, on peut les éviter".

S'il est important dans un premier temps de sensibiliser le public à l'existence des accidents et aux possibilités de les prévenir, il est primordial d'éviter panique et culpabilité qui engendrent des attitudes de protection excessive.

Il importe de fournir à la population et aux relais des moyens précis et efficaces pour diagnostiquer les dangers de leur environnement et pour maîtriser les risques.

Les leçons à tirer de la Maison Géante

Les coûts très importants de l'implantation de ce matériel géant (location, transport, montage,

remise en état, démontage), les contingences liées à l'emplacement (locaux vastes, facilement accessibles à un nombreux public), la charge de travail requise pour l'animation de la Maison Géante elle-même et des stands qui l'accompagnent, difficilement supportable par le milieu associatif, sont autant d'obstacles à une diffusion plus large, particulièrement auprès des communes petites et moyennes.

Les évaluations des processus en jeu lors des expositions, présentées dans la collection des brochures RAS (voir rubrique "Lu pour vous" de ce numéro), confirment que, grâce à leur parcours dans la Maison Géante, les visiteurs prennent conscience de l'inadéquation de l'environnement domestique aux enfants, en particulier de l'effet attractif et frustrant des objets posés en hauteur, des difficultés rencontrées par les enfants dans leurs mouvements et manipulations, des sentiments de peur et de perte d'équilibre qu'ils peuvent éprouver, et enfin, de la démesure des exigences des adultes. Ces prises de conscience dans le champ affectif et relationnel doivent être utilement relayées par une réflexion sur les attitudes des adultes et les moyens d'action pour améliorer la situation. Ce pourrait être une des fonctions des stands qui entourent la Maison Géante.

Cependant, les évaluations ont mis en évidence que les visiteurs ne s'arrêtaient qu'un bref moment à ces stands, en général beaucoup moins spectaculaires que la Maison Géante. Leur impact est donc limité.

Nous avons pu évaluer que beaucoup de personnes présentes à ces événements de sensibilisation connaissent les accidents les plus graves, sont persuadées des possibilités de prévention et se sentent responsables de celles-ci.

L'Autre Cirque devrait fournir au public l'occasion de dépasser cette première sensibilisation, en mettant en place une véritable éducation à la santé dont les points forts seraient:

- enrichir les représentations et connaissances à propos des accidents afin d'attirer l'attention sur des accidents plus fréquents, même moins graves, ou sur des lieux et des circonstances d'accidents moins souvent évoqués;
- augmenter les capacités d'attention et d'analyse par rapport aux particularités de la vie quotidienne, afin de détecter les risques d'accidents spécifiques;
- en conséquence, éviter le recours systématique aux solutions de protection "prêt à porter", pour mettre en place les mesures de prévention les plus adaptées à chaque cas;
- enfin, augmenter la confiance dans les mesures de prévention positives, dont le gain dépasse largement le thème des accidents domestiques (éducation au risque, augmentation du bien-être physique et mental).

Les perspectives du nouveau projet

Pour pouvoir atteindre ces objectifs, des critères de réussite ont guidé la réflexion des partenaires du RAS: évolution du concept, souplesse, adaptabilité, cohérence, attractivité, longévité, interactivité, proximité.

Evolution du concept: donner l'occasion aux visiteurs d'apprendre à analyser des situations à risque, à choisir et appliquer les solutions adaptées et efficaces, à prendre certains risques de façon réfléchie et s'y exercer.

Souplesse: trouver une formule souple qui évite des coûts trop élevés pour l'intendance et qui ne mobilise pas trop d'énergie humaine.

Adaptabilité: pouvoir utiliser cette exposition en tout ou en partie selon les demandes et les opportunités.

Cohérence: présenter un projet unique, dont les objectifs et la forme sont soutenus et réalisés par tous les partenaires du RAS. Il s'agit d'un véritable projet de groupe et non plus un groupe de projets.

Attractivité: veiller à attirer un public familial et éducatif, a priori peu sensibilisé à la problématique de la sécurité;

Longévité: pouvoir durer plusieurs années et séjourner dans d'autres pays européens;

Interactivité: favoriser les apprentissages en organisant des situations où le visiteur est actif, doit poser des choix, doit résoudre des problèmes;

Proximité: pouvoir s'installer dans des petites localités, toucher les régions les plus isolées et permettre la participation et l'intégration des initiatives locales.

Pourquoi un cirque?

Avec ces lignes directrices en tête, les partenaires du programme RAS se sont soumis à quelques séances de remue-méninges. C'est ainsi que l'analogie avec le cirque a émergé.

Le cirque a, de tout temps, exercé une fascination sur le public, qu'il soit enfant ou adulte. C'est un des rares spectacles à caractère vraiment familial gardant un côté magique et spectaculaire très attractant.

Or, le nombre d'accidents y est excessivement faible par rapport aux risques encourus. Tous les risques sont parfaitement calculés et maîtrisés par les enfants de la balle. Les écoles du cirque sont des lieux d'apprentissage où chacun peut se mesurer aux risques en parfaite sécurité.

De plus, le cirque est essentiellement un lieu de spectacle itinérant qui s'installe au coeur de la cité.

L'Autre Cirque, sa genèse

Pour un tel projet, le choix du nom est important. C'est lui qui devra focaliser l'attention et l'intérêt du public durant plusieurs années et dans différents pays.

Nom court et facilement mémorable, L'Autre Cirque fait référence à la vie palpitante du cirque tout en attirant l'attention sur le fait qu'il ne s'agit pas d'un cirque comme les autres. Il donne envie d'en découvrir davantage.

L'Autre Cirque ce sera aussi une véritable Ecole du Risque inspirée de l'école du cirque.

L'école du risque

L'idée du cirque se concrétise par un ensemble de huit roulettes placées en cercle autour d'un chapiteau.

Chacune des roulettes peut être considérée comme une classe, mais une classe quelque peu spéciale, puisqu'elle n'aura pas pour but d'emmagasiner des connaissances théoriques, mais d'apprendre à identifier et à surmonter différents risques que les enfants, les parents ou les grands-parents sont susceptibles de rencontrer.

Trois roulettes seront aménagées en cuisine, salle de bains et salle de séjour afin de mettre en évidence les accidents dus aux brûlures, aux intoxications et aux chutes. Ces roulettes sont destinées avant tout aux familles.

Deux roulettes destinées aux enfants et aux adolescents traiteront de la sécurité à l'école et des accidents de sports et de loisirs.

Une roulotte mettra en évidence la prévention pour les tout-petits.

Deux roulettes seront équipées pour permettre des échanges sous forme de forum vidéo et de librairie, lieux de rencontres entre professionnels et grand public.

Des formules d'apprentissage seront proposées:

- des tableaux sonores lumineux munis de boutons poussoirs destinés à apprendre de manière ludique les différentes stratégies de maîtrise du risque;
- des projections audio-visuelles sur grand écran présentant des images illustrant les messages des panneaux lumineux;
- diverses mises en situation réelles d'apprentissage de certains

types de risques permettant à différents publics de vivre des expériences concrètes.

Des animateurs seront chargés d'accueillir, d'accompagner et d'informer le public dans les différentes étapes d'apprentissage.

Simultanément, l'Autre Cirque accueillera une équipe de comédiens qui feront découvrir de manière humoristique les plaisirs de l'école... du cirque. Un Monsieur Loyal sera le garant de l'ambiance pleine d'humour et de détente qui baignera cette singulière école.

Public-cible

L'Autre Cirque est avant tout un outil de prévention à la disposition des communautés (groupes, associations, communes, écoles...) qui veulent s'engager résolument et activement dans la lutte contre les accidents. A elles de mobiliser parents, grands-parents, enseignants, éducateurs.

L'Autre Cirque sera le lieu et le moment où la communauté locale exprimera sa volonté de sécurité et montrera ses propres réalisations dans ce domaine;

Fiche technique

Les partenaires du programme RAS sont garants du contenu des messages de prévention, chacun selon sa spécificité.

La coordination du projet est effectuée par Educa-Santé, la Fondation Nationale d'Aide aux Grands Brûlés et Question Santé.

Des collaborations sont établies avec des professionnels de la création artistique, de l'animation et du cirque.

Le financement est assuré par une subvention du service "politique des consommateurs" de la CCE; en outre une demande de subvention est introduite auprès du Ministère de la Santé de la Communauté française.

Le lancement est prévu pour juin 1993. Ce texte vous informe donc en primeur! ■

Phillipe Mouchet, Chantal Vandoorne, Martine Bantuelle