

Réalisation et diffusion: Infor Santé, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles. Tél.: 02/237.48.53. Fax : 02/237.33.00 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).

Rédacteur en chef : Jacques Henkinbrant.

Secrétaire de rédaction : Christian De Bock.

Secrétaire de rédaction adjoint : Roger Swinnen.

Documentation, abonnements : Maryse Van Audenhaege.

Comité de rédaction : Christian De Bock, Alain Deccache, Michel Demarteau, Jacques Henkinbrant, Vincent Magos, Jean-Louis Pestiaux, Danielle Piette, Roger Swinnen, Thierry Poucet, Patrick Tréfois.

Editeur Responsable : Jean Hallet.

Maquette : Philippe Maréchal.

Composition : P&E.

Impression : Economat ANMC.

Diffusion : 2.000 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

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

Pour tous renseignements complémentaires : Education Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles, tél.: 02/237.48.53.

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.



# EDUCATION SANTÉ

Mensuel gratuit (ne paraît pas en juillet et en août)  
JANVIER 1990 44  
ISSN 0776-2623

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

## STRATEGIES

OPA sur la coordination en éducation pour la santé  
*J. Henkinbrant* p.4

## REFLEXIONS

Accidents domestiques: une évaluation géante  
(seconde partie)  
*C. Lafontaine, M. Demarteau* p.7

## INITIATIVES

Inventaire des Groupes d'Entraide - première  
mise à jour p.16

Anthropologie et histoire de la nutrition: un  
symposium de haute graisse p.17

Education pour la santé des enfants: dès la  
maternelle!  
*F. Vanhal* p.20

Notre supplément tout en couleurs  
Manger "light", oui, mais pas à la légère!

## VU POUR VOUS

L'information du public par un fabricant d'aspirine:  
lamentable... p.25

HISTOIRES ET COMMUNICATION DU MEDICAMENT

# PUB & PUBLIÉS

F GHOZLAND - H DABERNAT



MILAN

## Pour de belles étrennes p.23

**L'équipe  
rédactionnelle et le  
comité de rédaction  
d'Education Santé  
vous adressent  
leurs meilleurs vœux.**

**Ils formulent le souhait  
que l'année 1990 soit  
fertile en initiatives et  
en réalisations de  
qualité pour que, plus  
que jamais, l'éducation  
pour la santé puisse  
occuper la place qu'elle  
mérite dans le domaine  
de la prévention.**

# ACQUISITIONS

## LIVRES

### ACCIDENT DOMESTIQUE

● Vivre et grandir en sécurité. De nouvelles approches de prévention des accidents chez l'enfant: la psychomotricité, Educa-Santé/C.F.E. Roux, actes du colloque, Bruxelles, 17 mai 1989, acd10

### ALIMENT

● Light Products, actes du symposium CERIA/IMC/IPIAT, Bruxelles, 25-26-27 avril 1989, 507p., 2070FB, ala13

● Light Products. Table de composition produits "light", symposium CERIA/IMC/IPIAT, Bruxelles, 25-26-27 avril 1989, 15p., ala14

● DACOSTA Y., Les aliments allégés, Paris, Eds. Apria/Centre de documentation internationale des industries utilisatrices de produits agricoles, 1989, 61p., 250FF, ala15

### ALIMENTATION

● PIAULT F., CAHEN G., CAPATTI A., et al., Nourritures. Plaisirs et angoisses de la fourchette, Paris, revue Autrement, Série Mutations, n°108, septembre 1989, 207p., 89FF, ali93

● 12 pays, 12 grands chefs, Association contre le Cancer, 1989, 127p., ali94

### CANCER

● PUCHEU S., LE LAUZET M., Comment vivre avec un malade cancéreux, Paris, Eds. Josette Lyon, 1989, Collection Comment vivre avec, 142p., 59FF, pca18

### MALADIE

● SPITHAKIS R., Combattre la douleur, Paris, Eds. Le Hameau, 1988, 167p., 109FF, pat41

### MEDICAMENT

● GHOZLAND F., DABERNAT H., Pub et pilules. Histoires et communication du médicament, Toulouse, Eds. Milan, 1988, 183p., med44

● AIACH P., ANKRI P., AUBERT J.-P., et al., Médicament, de la réalité au mythe, revue Agora, n°10-11, mai-juin 1989, 199p., 100FF, med45

## TABAGISME

● Europe sans tabac. Un plan d'action de 5 ans, OMS. Bureau Régional de l'Europe, 1987, 34p., ast24

● RAW M., Le rôle du médecin, OMS. Bureau Régional de l'Europe/Commission des Communautés Européennes, 1987, collection Europe Sans Tabac, n°1, 116p., ast25

● ROEMER R., Les stratégies législatives pour une Europe sans tabac, OMS. Bureau Régional de l'Europe/Commission des Communautés Européennes, 1987, collection Europe Sans Tabac, n°2, 69p., ast26

● VILAIN C., L'évaluation et le suivi des actions publiques contre le tabagisme, OMS. Bureau Régional de l'Europe/Commission des Communautés Européennes, 1987, collection Europe Sans Tabac, n°3, 44p., ast27

● HESELTINE E., RIBOLI E., SHUKER L., WILBOURN J., Le tabac ou la santé, OMS. Bureau Régional de l'Europe/Commission des Communautés Européennes, 1987, collection Europe Sans Tabac, n°4, 55p., ast28

● RAW M., Aider les fumeurs à arrêter de fumer, OMS. Bureau Régional de l'Europe/Commission des Communautés Européennes, 1987, collection Europe Sans Tabac, n°5, 27p., ast29

● NUTBEAM D., MENDOZA R., NEWMAN R., Pour libérer la nouvelle génération du tabac, OMS. Bureau régional de l'Europe/Commission des Communautés Européennes, 1987, collection Europe Sans Tabac, n°6, 59p., ast30

● MARSH A., L'extinction de la cigarette, OMS. Bureau Régional de l'Europe/Commission des Communautés Européennes, 1987, collection Europe Sans Tabac, n°7, 56p., ast31

● CHAPMAN S., WHITE P., AITKIN P.P., Pousser la consommation du tabac, OMS. Bureau Régional de l'Europe/Commission des Communautés Européennes, 1987, collection Europe Sans Tabac, n°8, 70p., ast32

### TROISIEME AGE

55+, Bruxelles, Eds. Test-Achats, 1989, 253p., vit25

## MATÉRIEL

### ANATOMIE/PHYSIOLOGIE

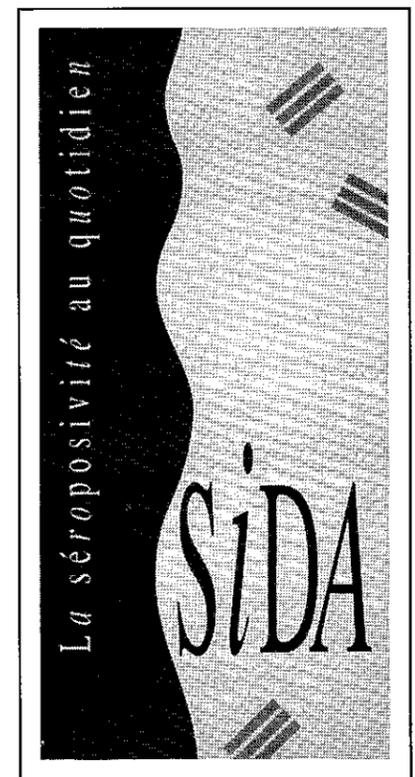
● Mon corps. Constitution - fonction - soins de base, dépliant, Oeuvre Belge du Cancer, 1989, hya06

### EDUCATION DU PATIENT

● Cholangiographie rétrograde, feuillet, Centre d'Education du Patient, 1989, sep18  
● La scintigraphie, feuillet, Centre d'Education du Patient, 1989, sep19  
● La gastroscopie, feuillet, Centre d'Education du Patient, 1989, sep20  
● L'urographie intra-veineuse ou U.I.V., feuillet, Centre d'Education du Patient, 1989, sep21  
● Des aérosols doseurs? pourquoi?, feuillet, Centre d'Education du Patient, 1989, sep22

### MST

● La séropositivité au quotidien, dépliant, Centre de Référence Sida Université de Liège, en collaboration avec l'ICAN, 1989, pst33



Vu le peu d'annonces qui nous sont parvenues pour ce mois de janvier, nous rappellerons quelques événements qui se dérouleront dans le courant de 1990:

## ADOLESCENTS - SIDA - ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

### UTRECHT (PAYS-BAS)

L'Union Internationale d'Education pour la Santé organise une conférence internationale à Utrecht, les 28, 29 et 30 mars 1990, sur le thème "Education pour la santé, adolescence et prévention sida, la collaboration des mass-media".

Informations et inscriptions: Dutch Health Education Center, Da Costakade 45, P.O. box 5104, 3502 JC Utrecht, Holland.

## ADOLESCENTS - SEXUALITÉ - GROSSESSE

### BRUXELLES

Dans le cadre de son cycle de formations brèves 1989-1990, l'association Aimer à l'U.L.B. propose deux formations pour travailleurs psycho-sociaux, enseignants, infirmières, etc., l'une sur les "Relations affectives et sexuelles des adolescents" et l'autre sur "L'accompagnement des grossesses non désirées".

Elles débuteront toutes deux en mars 1990 (8 séances).

Renseignements: Aimer à l'U.L.B., avenue Jeanne 38, 1050 Bruxelles, tél. 02/642.31.31 ou 02/649.86.47.

## SANTÉ BRUXELLES

Infomed, le premier Info-Salon de la Santé, qui aurait dû avoir lieu au mois de novembre 1989, a été déplacé aux 26, 27 et 28 avril 1990. Il se déroulera comme prévu à l'Anspach Center, niveaux 5 et 6, Boulevard Anspach 30-36, 1000 Bruxelles.

Des exposants y présenteront leurs produits ou services dans les domaines de l'hygiène, la médecine préventive et sportive, la revalidation, l'alimentation diététique et sportive, la maternité, le thermalisme, les assurances ou les services de santé. Entrée gratuite pour tous.

Renseignements: Foire Internationale de Bruxelles, Boulevard Anspach 30-36, 1000 Bruxelles, tél. 02/217.80.12.

## ADOLESCENTS - ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

### VARSOVIE (POLOGNE)

La 2ème Conférence Européenne d'Education pour la Santé se tiendra à Varsovie du 7 au 9 juin 1990, sur le thème très vaste de l'éducation pour la santé et de la communication avec les jeunes.

Renseignements et inscriptions: IUHE European Office, Experimental Center for Health Education, University of Perugia, C.P. 35 PG 3, Via del Giochetto 4, 06100 Perugia, Italia.

## EMPLOI

Biologiste, 39 ans, expérimentée en éducation pour la santé, cherche emploi motivant au sein d'une équipe dynamique.

Que me proposez-vous?

Christiane van Pottelsberghe, rue Nothomb 33, 1040 Bruxelles. Tél. (bureau), de 9 à 12h: 02/734.13.09. Curriculum vitae sur demande.

## Education du patient - Festival de l'outil éducatif

Le 6 octobre 1990 se déroulera le Congrès International d'Education du Patient, sur le thème de "L'efficacité en éducation du patient".

A cette occasion aura lieu un "Festival de l'outil éducatif", dans le cadre duquel sera organisé un concours, qui récompensera les meilleures réalisations audio-visuelles et imprimées francophones dans le domaine.

Des informations détaillées vous seront fournies dans notre prochain numéro.

En attendant, si vous avez la fibre compétitive, vous pouvez déjà prendre contact avec Henri-Pierre Ceusters, au Centre d'Education du Patient, Ave. Thérassé 1, 5180 Yvoir, tél.: 081/42.22.08.

## Un an déjà...

... que la nouvelle réglementation en éducation pour la santé est entrée en vigueur. Y a-t-il quelque chose de changé? Bien sûr! Notre publication est là pour vous le rappeler tous les mois. Sans l'agrément de la Communauté, elle n'aurait ni cette périodicité, ni cette présentation, ni... la gratuité. Mais c'est surtout son contenu qui témoigne de ce qu'il se passe autre chose.

La Cellule Permanente Education Santé, organe consultatif chargé de conseiller le Ministre, a commencé par définir des priorités pour l'année et a proposé une grille lui permettant d'analyser les dossiers de demande de subsides de façon cohérente.

Il convient de rendre hommage à ces travailleurs de l'ombre bénévoles: ils ont préparé et tenu 16 réunions (dont 2 journées entières) en un an. En plus des documents sur les priorités et de la grille d'analyse, ils ont rendu des avis sur 49 demandes de subvention. Sans doute tous les demandeurs ne sont-ils pas satisfaits, et les projets subventionnés par le Ministre sont moins nombreux que les projets rejetés. Mais le progrès par rapport à la situation antérieure est indéniable: dans le passé, les décisions de subventionnement étaient prises souverainement au niveau du cabinet du Ministre, les critères politiques jouant bien sûr un rôle non négligeable.

Aujourd'hui, le Ministre reçoit deux avis, un de son administration, l'autre de la Cellule, avis qui ne sont pas toujours convergents. La décision finale revient au Ministre, qui semble avoir pris la bonne habitude de joindre l'avis de la Cellule à la notification de sa décision, ce qui nous permet d'affirmer qu'il a largement tenu compte des avis de la Cellule, même s'il a parfois tranché dans un autre sens.

Les Services aux éducateurs sont à présent armés - notamment grâce à un personnel qualifié - pour assurer un soutien efficace aux personnes et organisations actives sur le terrain. Chacun d'eux a une mission précise et a intérêt à collaborer avec les autres.

Pour la plupart, il s'agit d'une spécialisation ancienne qui se trouve à présent reconnue officiellement et dotée de ressources plus stables que celles qui leur étaient éventuellement attribuées par des conventions annuelles.

C'est le cas de l'APES, pour l'assistance en méthodologie et en évaluation.

La Croix-Rouge qui bénéficie d'une grande expérience de production de matériel didactique destinée à l'enseignement coordonne à présent l'ensemble des initiatives en milieu scolaire.

En toute logique l'ONE devait être chargée de la concertation au niveau de la petite enfance.

La Médiathèque de la Communauté française de Belgique a maintenant les moyens de développer sa collection de vidéogrammes en éducation pour la santé en faisant l'acquisition de programmes étrangers de qualité.

Educa-Santé concentre désormais l'essentiel de ses efforts sur le délicat problème des accidents domestiques, et tous ceux qui travaillent dans ce domaine s'y concertent régulièrement.

Pour l'éducation alimentaire et l'éducation du patient, l'ICAN et le Centre d'Education du Patient assurent de même une coordination compétente et efficace.

Pour les assuétudes, le CCAD est toujours là, mais il a connu une année difficile, les subsides aux services agréés étant nettement inférieurs à ce qu'il recevait auparavant par convention.

Enfin, la Cellule intermutualiste a pu améliorer la revue Education Santé publiée depuis longtemps par les Mutualités Chrétiennes.

Les autres services agréés se sont vu attribuer une mission plus nouvelle, mais toujours bien adaptée à l'expérience et aux compétences de chacun.

Le PROMES de l'ULB commence à être opérationnel avec sa banque de données sociologiques, épidémiologiques et autres.

Le service de documentation du RESO-UCL progresse dans la solution des problèmes techniques pour organiser un service de documentation rationnel auxquels tous pourront collaborer et avoir accès.

Le service "groupes d'entraide" (géré aussi par la cellule intermutualiste) soutient la création de groupes d'entraide et d'ateliers santé et tient à jour le fichier des groupes existants (voir dans ce numéro).

Ce fichier était une des nombreuses

initiatives de Question Santé. Ce service est à présent chargé d'aider les organismes d'éducation pour la santé qui souhaitent utiliser les médias. Plus globalement, il a aussi une mission de concertation interthématique pour les actions s'adressant aux adultes.

Enfin, Promocoop a réuni les divers acteurs concernés par le problème délicat du bon usage du médicament.

Cette longue énumération ne donne évidemment qu'un aperçu superficiel de l'activité des services. Au cours de cette année, nous donnerons à chacun l'occasion de se présenter de façon plus complète.

## L'envers du décor

Evidemment, partager les missions communautaires en 14 services n'a pas que des avantages. Cela a sans doute permis dans la plupart des cas d'attribuer les responsabilités en fonction des compétences, mais pour les non-initiés, quelle salade! Pas simple de savoir qui fait quoi, de trouver la bonne adresse.

C'est pourquoi la réglementation prévoit un Centre de Coordination Communautaire (CCC) et, plus proches du terrain, des Commissions Locales de Coordination (CLC).

Cela fait plusieurs années déjà qu'une mission de coordination locale avait été confiée à des sections des Commissions sectorielles de la Fares, sans beaucoup de résultats. Le Ministre Picqué a voulu prendre le risque de leur donner une dernière chance, en confiant en plus la coordination communautaire aux services centraux de la Fares. Ces missions n'ont toutefois été attribuées qu'à titre provisoire.

Il reste quelques mois aux candidats coordonnateurs pour préparer leur dossier. Cela justifie largement que nous y consacrons un article dans notre rubrique stratégies.

## Un bilan nuancé

Le bilan global n'est pas négatif, tant s'en faut. Mais vu l'importance vitale de la coordination locale pour le développement de l'éducation à la santé sur le terrain et les graves lacunes qui subsistent dans ce domaine, on se gardera de tout triomphalisme.

Et, puisque c'est de saison, formulons le souhait que l'année qui commence voit toutes les structures indispensables au bon fonctionnement de l'éducation pour la santé mises sur rail. ■

## O.P.A. sur la coordination

LES PROVINCES ET LA FARES S'ASSOCIENT POUR POSER LEUR CANDIDATURE  
COMME CENTRE DE COORDINATION COMMUNAUTAIRE  
ET COMMISSIONS LOCALES DE COORDINATION.

*Nous tenons à rappeler que cet article, comme tous les articles signés, n'engage que son auteur. Nous publierons bien volontiers des opinions différentes ou complémentaires.*

### Education pour la santé, tuberculose et gros sous

Il n'est pas question ici d'éducation des patients tuberculeux. Il s'agit plutôt d'expliquer comment et pourquoi la vénérable Oeuvre de défense contre la tuberculose a été embarquée - à son corps défendant - dans la galère de l'éducation pour la santé.

En ce temps-là, la galère en question était téléguidée par le Dr. Mintiens. Fonctionnaire dynamique, il avait réussi à convaincre le Ministre d'augmenter progressivement le petit budget de l'éducation pour la santé. Entré finalement au cabinet, il s'apercevait qu'on avait déjà raclé les fonds de tiroirs. Rappelez-vous, c'était les années de crise économique.

Mais, peut-être l'ignorez-vous, dans les comptes de l'Etat puis de la Communauté, l'éducation pour la santé émerge au budget des "Oeuvres médico-sociales". Etant lui-même pneumologue de formation et épidémiologue à ses heures, notre attaché de cabinet n'avait pas besoin d'un CROSP (1) pour se rendre compte de ce que, avec un millier de nouveaux cas de tuberculose par an (2) pour un budget d'environ 100 millions, cela faisait cher l'inscription au registre de la tuberculose! Mais puiser dans un budget pour en alimenter un autre du même secteur, c'est un peu délicat. D'où l'idée de confier à l'Oeuvre de défense contre la tuberculose des missions nouvelles sans toucher à son budget. C'est ainsi que l'Oeuvre fut rebaptisée

Fondation contre les affections respiratoires et pour l'éducation à la santé (FARES). Sa compétence était donc élargie à d'autres maladies respiratoires, d'une part, et à l'éducation pour la santé, d'autre part, son budget restant grosso modo inchangé.

La conversion de l'Oeuvre en FARES ne résultait donc pas d'une vocation tardive: c'était plutôt de la résignation.

### De la difficulté d'utiliser l'armement antituberculeux pour l'éducation pour la santé

Mais qu'est-ce que la FARES allait faire dans le domaine de l'éducation pour la santé et qui allait le faire? Depuis la fermeture des derniers sanatoriums, le principal "armement" contre la tuberculose consistait en des "équipes socio-prophylactiques" chargées du dépistage et de la prévention dans l'entourage des malades. En outre, 10 "commissions sectorielles de coordination" avaient pour missions de coordonner la lutte antituberculeuse, d'établir un cadastre de la tuberculose et de fournir des avis aux autorités.

Il fut décidé de créer, au sein de chacune de ces commissions, une section chargée de la coordination des actions d'éducation pour la santé menées par les associations existantes dans leur secteur géographique. Certaines de ces sections n'ont jamais existé que sur le papier. Les autres ont démarré tant bien que mal, selon que le médecin responsable de la commission était plus ou moins motivé et compétent dans le domaine de l'éducation pour la santé. Principal point positif, les infirmières affectées à ces commissions ont été encouragées à se recycler en éducation pour la santé, et quelques-

unes possèdent aujourd'hui la compétence nécessaire pour assurer ce travail de coordination locale.

Qu'est-ce qui a empêché ces commissions sectorielles de remplir efficacement leur mission de coordination locale en éducation pour la santé? Le manque de motivation des médecins responsables est un élément. La difficulté d'imposer un recyclage à une grande partie du personnel en est un autre. Pour sa défense, la FARES avance en outre le manque de moyens financiers. Mais c'est justement pour récupérer au profit de l'éducation pour la santé une partie des fonds attribués à la tuberculose que le Ministre l'a chargée de s'occuper d'éducation pour la santé! S'il fallait lui redonner de l'argent pour cela, l'opération était ratée.

D'ailleurs, pourquoi ne pas récupérer des moyens du côté des équipes socio-prophylactiques? Au nombre de 38, elles mobilisent chaque année un budget de 58 millions. Mais - c'est peut-être ici que se situe le noeud du problème - de ces 38 équipes, seules celles du Brabant et du Luxembourg dépendent directement de la FARES, ce qui ne représente que 15 millions environ. Les autres équipes et le reste du budget (donc plus de 40 millions) sont répartis entre la Province du Hainaut, la Province de Namur et l'Oeuvre Provinciale Liégeoise de Défense contre la Tuberculose. En réalité, une partie importante du budget de la

(1) Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique.

(2) 574 nouveaux cas en Wallonie en 1987, soit une incidence de 17,91/100000; mais la situation est nettement moins favorable à Bruxelles.

## Je n'ai pas le temps d'être malade

"Prendre son mal en patience, c'est bien joli, mais moi, j'ai pas le temps. Et franchement, même si je l'avais...! Maux de tête, douleurs dentaires, états grippaux, fièvre ou douleurs musculaires: je préfère prendre les choses en mains. (...) On a autre chose à faire que de se traîner, non?"

Rassurez-vous. Ce n'est pas le texte d'un dépliant éducatif sur les antidouleurs, mais celui de la campagne automne-hiver d'une célèbre marque d'analgésiques pour Aspro 500 effervescent (acide acétylsalicylique).

Il est symptomatique de remarquer combien les affirmations d'un fabricant de médicaments peuvent être éloignées des conseils donnés par des organismes soucieux d'informer correctement le patient.



Ainsi, dans le cas qui nous occupe, on peut comparer les discours contradictoires des uns et des autres. Soit par exemple l'annonce Aspro en question et deux dépliants, l'un d'Ophaco, "Grippe et refroidissements", l'autre d'Infor Santé, "Le meilleur remède contre la grippe: le repos".

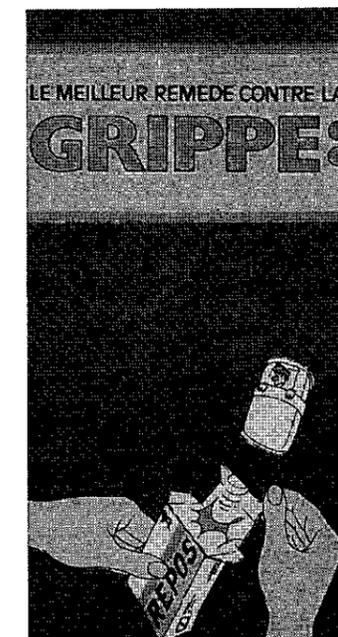
D'un côté, le publicitaire, très énergique, nous présente un homme

ou une femme actifs (selon les supports), en plein mouvement, qui mènent manifestement une vie bien remplie dans laquelle la maladie n'a pas sa place, ou alors doit recevoir une solution immédiate (un médicament, évidemment) leur permettant de ne pas perdre une seconde.

D'autre part, on a un dépliant qui annonce carrément la couleur, en recommandant précisément ce qui fait défaut dans la publicité, c'est-à-dire une période de repos. Ce qui n'empêche nullement ce même dépliant de rappeler qu'un antidouleur peut soulager les courbatures et faire tomber la fièvre. On est raisonnable, mais pas masochiste!

L'autre dépliant ne dit pas autre chose, puisqu'il place en tête de ses conseils le repos au lit, et **au besoin** seulement les antidouleurs.

Cette comparaison éclairante montre bien qu'information du public et intérêts commerciaux ne font pas toujours bon ménage. En attendant, les budgets que les organismes d'éducation pour la santé peuvent consacrer à cette information ne font pas le poids en face de l'artillerie lourde déployée par l'industrie pharmaceutique.



Raison de plus pour ouvrir l'oeil, et le bon! ■

## Cigarette piégée

Il est arrivé à la marque de cigarette Silk Cut une mésaventure publicitaire assez cocasse qui fait un peu penser à "L'arroseur arrosé".

Cette marque très connue et répandue en Grande Bretagne se positionne plutôt en haut de gamme. L'agence Saatchi & Saatchi a imaginé pour elle une annonce dont le produit était absent, et simplement évoqué par un tissu avec une déchirure. C'est la signification littérale de la marque, coupure (cut) dans la soie (silk), que comprennent évidemment tous les Britanniques. Élégant, audacieux et plutôt "classe".

Jusqu'ici tout va bien. Le problème vient des mauvaises habitudes du "global marketing" qui sévit de plus en plus aujourd'hui. Les multinationales lancent d'énormes campagnes indifférenciées sur tous les marchés du monde sans tenir compte des spécificités des cultures locales. Cela veut dire que tous les clients, du Nord au Sud, d'Est en Ouest, sont censés répondre aux mêmes images, aux mêmes valeurs, aux mêmes symboles.

Ce principe a été appliqué en Espagne pour Silk Cut, alors que cette marque n'y jouit pourtant pas de la même notoriété que dans d'autres pays.

Dans ce pays comme ailleurs, les publicités en faveur du tabac doivent contenir une mise en garde visible des autorités sanitaires.

En d'autres termes, la publicité pour une marque de cigarette devenait en Espagne une image évoquant une blessure (la coupure) avec un avis sur les dangers du tabac et deux mots dans une langue étrangère.

Moralité, tout le monde a cru que pour une fois le gouvernement avait eu le courage d'entamer une campagne anti-tabac à grande échelle Et les affiches - qui ont coûté à Silk Cut la bagatelle de 80.000.000 FB. - servent maintenant d'avertissement contre la cigarette dans les hôpitaux... ■

d'après De Morgen

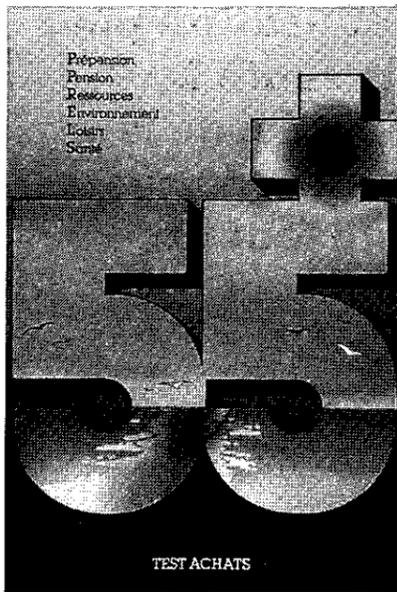
personnes âgées handicapées... Location d'une habitation sociale... Services d'écoute et télé-secours... Aides familiales et aides ménagères... Seniories... Carte Age d'Or et Carte S... Université du Troisième Age... Le sport à 60 ans... Les spectacles et les voyages... Bricolage et jardinage... Ménopause et andropause... L'amour à plus de 60 ans... L'indispensable coquetterie... Dermabrasion, peeling au phénol et lifting... Vitamines naturelles ou synthétiques... L'équilibre diététique quotidien... Maisons médicales, carte de santé, check-up, examens spécifiques... Obésité, hypertension, artériosclérose... Médicaments et effets secondaires... Cures thermales, procaine, ginseng, etc, etc...

Voici quelques exemples des nombreux sujets qui sont abordés dans ce nouveau guide de Test-Achats. Le livre s'adresse à tous ceux qui désirent **devenir** des seniors actifs et responsables. De nos jours, l'homme ou la femme de 60 ans a encore plus de vingt années de sa vie à inventer.

A travers cinq grands dossiers: l'argent, la pension, le logement, les loisirs, la santé, le livre présente tous les aspects qui font la vie "d'après", c'est-à-dire après le travail au service de la société. Il ne présente jamais le senior comme un citoyen diminué ou démuné mais comme un citoyen au seuil d'une vie nouvelle, et décrit les moyens et les atouts dont le senior dispose à cet effet. Le lecteur y trouvera une foule d'avis, de conseils, des informations, des noms et des adresses.

La retraite est un droit pour tous: fonctionnaires, salariés ou indépendants. Cet état nouveau leur donne du temps pour voyager, se rendre utile, se distraire ou étudier, créer, innover ou assumer des responsabilités. Il n'y a pas d'âge limite pour jouir de la vie.

Souignons, pour terminer, que les auteurs du livre ne croient pas à ce mythe, hélas courant parmi les technocrates qui nous dirigent, et selon lequel il deviendrait bientôt impossible d'assurer la couverture sociale des soins du "troisième âge"



parce que les besoins des "vieux" sont infinis. Les Japonais viennent d'établir qu'en l'an 2020, le budget des soins aux personnes âgées ne représentera qu'un cinquième de celui de l'éducation... ■

55 ans et plus, avec la collaboration de Jean-Marie Delmotte, Test Achats, 1989, 260 P., 650 FB (520 FB pour les membres).

## Affaires de cœur

La revue Notre Temps, qui s'adresse au large public des plus de 50 ans, présente une collection de guides pratiques, sur des thèmes de la vie sociale ou de santé. Nous vous avons d'ailleurs déjà parlé du "Guide pratique de la mémoire" dans nos colonnes.

Le "Guide du cœur en forme" part du principe que garder son cœur en forme dépend de soi-même, de sa propre façon de vivre. Une meilleure hygiène de vie suffirait à prévenir ou retarder bon nombre de maladies cardio-vasculaires. En outre, les progrès scientifiques et techniques de ces dernières années ont fait baisser la mortalité par maladie cardio-vasculaire et permettent aux malades de continuer à vivre (presque) normalement.

Le guide débute sur une classique

présentation anatomique et physiologique du cœur et du système cardio-vasculaire. Le lecteur fait ensuite connaissance avec les fameux facteurs de risques. Chacun pourra évaluer d'une part les facteurs difficiles à modifier (sexe, âge, hérédité) et d'autre part les éléments sur lesquels nous avons prise (tension, tabac, régime alimentaire et poids, exercice physique,...).

Le chapitre suivant présente les différentes maladies du cœur et des vaisseaux, depuis les plus connues jusqu'aux moins fréquentes, des varices aux maladies des valves cardiaques, en passant par les troubles du rythme ou l'insuffisance cardiaque.

Enfin, pour terminer sur une note optimiste, le guide rappelle les traitements médicamenteux et chirurgicaux qu'on peut opposer aux maladies cardiaques, sans oublier l'importance de l'exercice physique, pratiqué de manière raisonnable, chez les cardiaques et chez ceux qui font ce qu'il faut pour ne pas le devenir.



Ce livre n'est pas un précis de cardiologie, mais bien un document tout public écrit en termes simples, très didactique, et qui ne devrait pas intéresser que les personnes âgées. ■

Le "Guide du cœur en forme" peut être commandé en versant la somme de 395FB (port gratuit) au compte n°001-0665127-74 du Service des Livres de Notre Temps, rue Brederode 13, 1000 Bruxelles, avec la mention "01/206 Cœur en forme" ou en envoyant un chèque barré à la même adresse.

tuberculose est donc gérée par les Provinces. Celles-ci, on s'en doute, n'ont nulle envie de renoncer à ce pactole. Le personnel des équipes concernées, protégé par son statut provincial, n'est pas davantage motivé à se recycler en éducation pour la santé. Ceci explique que la situation n'a guère évolué de 1985 à 1988.

### Les provinces s'organisent

Ces problèmes eurent sans doute comme résultat de favoriser les contacts entre les responsables provinciaux, qui établirent une structure informelle de concertation dénommée Comité interprovincial de médecine préventive (CIMP).

L'arrêté du Ministre Picqué réglementant l'éducation pour la santé allait un peu brusquer les choses. En effet, si on le lit bien jusqu'au bout, sans oublier les "dispositions transitoires et finales", on y trouve à l'article 28: "Le Ministre agréera avant le 30 septembre 1990 les organismes qui rempliront les missions de Centre de coordination communautaire ainsi que les Commissions locales de coordination (...). Le financement de ces services proviendra de la restructuration des institutions dépendantes de la FARES et/ou des provinces."

### La carotte et le bâton

La FARES et ses sous-traitants provinciaux sont donc mis au pied du mur: à partir de 1991, 25 millions passeront de la tuberculose à la coordination de l'éducation pour la santé.

Avec ou sans la FARES?

L'arrêté prévoit une possibilité de concurrence. En fait, il s'agit d'une course à handicap où la FARES bénéficie de deux longueurs d'avance, puisque "entre le 1 janvier 1989 et le 31 décembre 1990, le secrétariat central de la FARES remplit provisoirement les missions de Centre de coordination communautaire" et "les commissions sectorielles de la FARES remplissent

provisoirement les missions de Commissions locales de coordination en éducation pour la santé".

En fait, la FARES ne semble guère intéressée à l'éducation pour la santé. Le Forum de la santé de Tournai (juin 88) dont l'organisation lui avait été confiée par le Ministre Bertouille fut un "flop" magistral. Autre indice significatif, à la fin de 88, la FARES écartait de son Bureau exécutif le Docteur Reginter-Haneuse, par ailleurs présidente de l'APES et représentante de la Communauté française à l'Union Internationale d'Éducation pour la santé: personne à la FARES ne sait mieux qu'elle ce qu'est l'éducation pour la santé. Enfin et surtout, depuis que l'arrêté du 8 novembre 88 leur a confié cette mission provisoire, l'absence d'initiatives de la FARES et de ses commissions sectorielles est particulièrement frappante.

Au point que cela semble relever d'une stratégie délibérée. En effet, dans le courant de 88, les provinces commençaient enfin à s'intéresser à l'éducation à la santé. L'idée commençait à germer de répartir autrement les responsabilités entre elles et la FARES. Celle-ci pourrait peut-être récupérer la totalité des activités antituberculeuses en échange de l'éducation pour la santé. Tout le monde pourrait y trouver son compte. Avant même la publication des arrêtés réglementant l'éducation pour la santé, le CIMP craignait d'être tenu à l'écart et s'en inquiétait auprès du Ministre. Celui-ci se voulait rassurant: "J'ai largement tenu compte de vos avis, écrivait-il au CIMP, en prévoyant une période transitoire visant à permettre à tous les organismes actifs de mettre sur pied, sans précipitation, les organes de coordination en éducation pour la santé. Je pense que cette période transitoire peut être mise à profit afin que vous ayez la concertation la plus large possible avec la FARES ainsi qu'avec tous les organismes de terrain." (3) C'est cette lettre qui servira par la suite à justifier les négociations qui auront lieu uniquement entre le CIMP et la FARES. Pour une concertation "la plus large possible", deux partenaires, cela fait un peu juste!

Tenus à l'écart, les services aux éducateurs agréés réagissaient vigoureusement et proposaient à la FARES d'élaborer avec elle une stratégie concertée. Mais cela n'empêcha nullement la FARES de signer une convention avec le CIMP sur les points suivants:

1. Dans le domaine des actions d'éducation pour la santé, la FARES se consacre aux affections respiratoires et à la lutte contre le tabagisme, et le CIMP se consacre à la promotion de la santé dans les autres domaines.
  2. Le CIMP et la FARES s'associeront pour former ensemble, au terme de la période transitoire, le Centre de Coordination Communautaire prévu par l'Arrêté du 8 novembre 1988 selon des modalités qui seront fixées ultérieurement de commun accord.
  3. Le CIMP et la FARES souhaitent que les 10 Commissions locales de coordination prévues par l'Arrêté susmentionné soient attribuées à des personnes compétentes proposées de commun accord par les deux associations qui constitueront le Centre de coordination communautaire.
  4. Le CIMP accueille un délégué de la FARES dans le cadre de la cellule technique prévue par le protocole d'accord du 21 décembre 1987.
  5. Le CIMP et la FARES s'engagent à élaborer avant le premier mai 1989 toutes les modalités d'application de la présente convention.
- ADDENDUM: Le présent engagement de la FARES est lié à sa restructuration mais les conséquences de cette dernière ne concernent que les Provinces de Namur et du Hainaut avec lesquelles des accords séparés sont à négocier par la FARES."

(3) NDRL: souligné par l'auteur de l'article.

## → Rationalisation et monnaie d'échange

Entre-temps, la réorganisation de la FARES dans le domaine de la tuberculose a bien progressé: il a été décidé que les missions des 38 équipes socio-prophylactiques et des 10 commissions sectorielles seront dans l'avenir assurées par 5 Unités de secteur composées chacune d'un médecin à mi-temps, de 3 infirmières et d'une employée. Ce qui est important, c'est que cette réorganisation permettra enfin de dégager les 25 millions prévus par l'arrêté pour la coordination locale et communautaire.

Bien entendu, ces 25 millions, on ne veut pas les perdre, ni à la FARES, ni dans les provinces. Ce sont ces 25 millions qui font l'objet de la convention ci-dessus, même si nulle part il n'y est question d'argent. L'argent fait partie des modalités prévues aux articles 2 et 5 et des

accords séparés prévus dans l'ADDENDUM. Si on sait qu'on s'oriente vers le détachement de six infirmières des services provinciaux pour les unités de secteur de Namur et du Hainaut, on comprend plus aisément ce qu'il faut lire entre les lignes de la convention. A savoir que, si la FARES et le CIMP vont officiellement poser une candidature commune pour le Centre de coordination communautaire et pour les Commissions locales de coordination, on s'oriente en fait vers un nouveau partage du terrain. Au lieu de se partager, comme avant, la lutte contre la tuberculose, celle-ci sera dorénavant le monopole de la FARES. Par contre, les Provinces auront à présent leur mot à dire dans le domaine de l'éducation pour la santé. Le personnel sert de monnaie d'échange: la FARES reçoit des provinces six infirmières "prophylactiques"; en retour, elle cède pour l'éducation à la santé les 4 ou 5 infirmières qui ont intelligemment

mis à profit les loisirs que leur laissait la tuberculose pour se recycler. Il restera à trouver 5 ou 6 personnes qui devront animer les autres commissions locales de coordination. Là, on peut faire confiance aux provinces... Jusqu'à présent, l'éducation pour la santé avait été habituellement confiée par les pouvoirs publics à des organisations non gouvernementales. Il serait dommage que la candidature des provinces, fût-ce par le biais d'une asbl interprovinciale, politise un secteur qui n'en a pas besoin. Autre question: on peut se demander si les provinces répondent mieux que la FARES aux exigences de compétence en éducation pour la santé imposées par l'arrêté. Sans parler des lourdeurs de la bureaucratie provinciale.

Mais enfin, ce n'est qu'une candidature. On peut supposer qu'il y en aura d'autres... ■

**Jacques Henkinbrant.**

## Pub et pilules

Pour le plaisir, cet étonnant album de F. Ghozland et H. Dabernat. "Histoires et communication du médicament", le sous-titre paraît bien sérieux pour ce qui est d'abord un superbe objet destiné à être vu tout autant que lu. Ce qui ne veut pas dire que l'ouvrage manque de rigueur dans son approche de la publicité pour les médicaments.

Les auteurs ont choisi comme fil conducteur symptômes et organes pour nous livrer à chaque fois un rapide survol des styles et des langages du début du siècle à nos jours.

Sans émettre de jugement de valeur sur les qualités thérapeutiques des produits présentés, qui vont du Phénol Boboeuf, "l'archange Boboeuf exterminant les microbes" au Baume Souverain des Chartreux de Durbon (affections de la peau) en passant par les Suppositoires Anusol contre les hémorroïdes et le Goudron de Norvège du Docteur Cruzel, ce panorama de la création publicitaire spécifique au secteur du médicament est souvent amusant, parfois beau et toujours intéressant.



Le cadeau idéal à faire à votre pharmacien préféré! ■

F. GHOZLAND et H. DABERNAT,  
*Pub & Pilules, Eds Milan, 1988, 184 pages.*

## Education pour la santé à l'école: de la méthode, mais surtout du concret

Le Comité Régional d'Education pour la Santé de Midi-Pyrénées a fait du n° 101 de sa revue "Informations Santé" un guide méthodologique d'éducation pour la santé en milieu scolaire.

Ce guide se veut résolument concret, et aurait difficilement pu l'être davantage, car il s'agit essentiellement d'exemples de réalisations concrètes, présentés sous une grille méthodologique assez simple. Quatorze actions sont présentées. Les thèmes en sont: le bruit (3 actions), corps et puberté, alimentation-nutrition (3 actions), petit déjeuner, tabac, sida (2 actions), troubles de l'adolescence et toxicomanies, ergonomie scolaire, sécurité routière.

Chaque action fait l'objet d'une fiche annexée au dossier. Chaque fiche reprend les points suivants:

1. Cadre et initiative de l'action
2. Définition des besoins, des priorités et des objectifs
3. Financement et partenariat
4. Réalisation pratique et suites de l'action
5. Evaluation, obstacles ressentis et valorisation

Ces titres de rubriques reprennent en fait les titres des chapitres de la brochure. Ces chapitres ne comportent eux-mêmes qu'un minimum d'explications théoriques, la place essentielle étant également réservée aux exemples les plus caractéristiques qui sont extraits des fiches décrivant les actions.

La démarche proposée est parfaitement classique, mais on a manifestement voulu éviter d'effrayer le lecteur par trop de

théorie pour au contraire le stimuler par des exemples de réalisations concrètes. En retrouvant dans chaque exemple les mêmes étapes méthodologiques, l'enseignant est supposé assimiler la méthode de façon presque inconsciente.

Le terme "valorisation" qu'on trouve au cinquième point mérite sans doute une petite explication. Il s'agit de valoriser l'expérience d'éducation pour la santé par sa diffusion. C'est:

- mettre les acteurs de ces expériences et notamment les enfants en situation de nouveaux relais (exposition, journée portes ouvertes...).
- permettre aux financiers d'être informés sur l'ensemble du déroulement de l'action (rapport d'activités...).
- se faire connaître comme partenaires éventuels d'autres actions.
- susciter à partir de l'expérience conduite des programmes de recherche.

Nous nous permettons d'ajouter que, dans la Communauté française de Belgique, notre revue Education Santé est là pour vous aider dans cette étape de "valorisation" de votre activité. Mais n'oubliez pas que, tout comme l'évaluation, elle ne doit pas se situer chronologiquement en dernier lieu: cela doit faire partie de vos préoccupations dès le début du programme. ■

*Guide méthodologique d'actions d'éducation pour la santé en milieu scolaire à partir d'expériences conduites en Midi-Pyrénées, Informations Santé n° 101, CRES - MIDI Pyrénées, 25 FF.*

## 55 ans et plus

Les avantages et inconvénients d'une rente viagère... La pension complémentaire pour indépendants... L'obligation alimentaire à charge des descendants... Le mandat notarié... Pensions payées à l'étranger... Activités professionnelles autorisées aux retraités... Pension et allocations familiales... Allocations aux

### BULLETIN D'ABONNEMENT

à renvoyer à Education Santé, rue de la Loi, 121, 1040 Bruxelles.

Nom \_\_\_\_\_ prénom \_\_\_\_\_

Profession ou fonction \_\_\_\_\_ organisation \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ bte \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

## En parler c'est bien, le montrer c'est mieux!

**V**ous vous en souvenez peut-être, Education Santé vous a proposé de présenter "pour de vrai" votre matériel d'information au lecteur.

Pour ce faire, il suffit, après approbation de la revue, de lui fournir le document que vous souhaitez insérer, en quantité suffisante (pour l'instant 2000 exemplaires), et avec en tête la mention "supplément à Education Santé n° XX" nous permettant d'envoyer le numéro en question au tarif périodiques.

Cette exigence postale signifie qu'il est préférable de prévoir avant l'impression du document la possibilité d'en réaliser un tirage spécial destiné à Education Santé.

Le premier organisme à profiter de notre hospitalité est Infor Santé. C'est un peu normal, vu les relations étroites entre la revue Education Santé et ce service des Mutualités chrétiennes opérant dans le domaine de l'éducation pour la santé.

Vous trouverez donc ici le nouveau dépliant "Infor Santé Trimestriel", consacré à un sujet très à la mode, les produits alimentaires 'light'. Un aide-mémoire pratique pour se retrouver dans la masse croissante des allégés. De quoi aussi vous remettre après les excès des jours de fête!

Information utile: ce petit cadeau a coûté environ 6.000 FB à Infor Santé, supplément à payer pour ce tirage spécial d'une publication éditée à 160.000 exemplaires.

A qui le tour? ■

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez appeler Christian De Bock au 02/237.48.52.

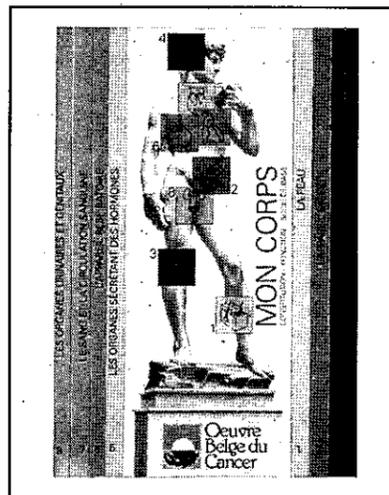
## Faisons reculer le cancer

**E**n ces temps d'information pléthorique sur le cancer, chacun connaît ou devrait connaître les sept signaux d'alarme qui doivent l'amener à consulter son médecin:

- changement de volume ou de couleur survenant au niveau d'un grain de beauté ou d'une verrue, apparition d'un nodule ou d'une induration dans le sein ou à tout endroit du corps
- indigestion ou trouble de la déglutition
- raucité et toux persistantes
- perte de poids inexplicable
- difficulté d'uriner ou changement dans les habitudes intestinales
- saignement ou perte anormale par les orifices naturels
- plaie qui ne se cicatrise pas.

Mais pouvoir constater une éventuelle modification dans son corps implique qu'on en connaisse au préalable le fonctionnement normal. Bien sûr, on a tous appris cela à l'école. Mais c'est parfois loin, l'école...

L'Oeuvre Belge du Cancer nous rafraîchit la mémoire avec son nouveau dépliant, "Mon corps constitution-fonction-soins de base".



Il s'agit d'une réalisation remarquable, bourrée d'illustrations didactiques en couleur et mise en page avec une grande ingéniosité.

Chaque système anatomo-physiologique fait l'objet de deux volets du dépliant: la peau - l'appareil digestif - l'appareil locomoteur - le tête, le système nerveux et les organes sensoriels - les organes sécrétant des hormones - l'appareil respiratoire - le sang et la circulation sanguine - les organes urinaires et génitaux.

La description de chaque organe est l'occasion de rappeler quelques conseils pour la prévention ou le dépistage précoce du cancer.

Un dépliant gratuit à mettre entre toutes les mains.

*Oeuvre Belge du Cancer, rue des Deux Eglises 21, 1040 Bruxelles, tél. 02/230.69.00 ou 230.52.53.*

*L'Oeuvre possède également des Centres Régionaux d'Action contre le Cancer (C.R.A.C.) dans les communes suivantes:*

Liège: 041/41.31.50  
 Namur: 081/22.68.11  
 Bastogne: 062/21.28.28  
 Charleroi: 071/32.42.56  
 Mons: 065/37.37.30  
 Eupen: 087/55.37.42

*Le public peut également poser ses questions sur le cancer à "Ecoute Cancer", tél. 02/231.02.02 le lundi (de 10 à 15h) et le jeudi (de 12 à 18h). ■*

## La Maison Géante Vivre et grandir en sécurité

### EVALUATION DE DEUX ACTIONS DE SENSIBILISATION À LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS DOMESTIQUES CHEZ LES JEUNES ENFANTS

*La fois passée, nous vous avons présenté la première partie de notre travail, qui avait trait au Premier Salon de la Prévention des Accidents domestiques. Il s'agissait de vous présenter un ensemble de données recueillies auprès des visiteurs du Salon.*

*La seconde partie de notre évaluation porte sur le Colloque "Vivre et grandir en sécurité". Ici le public est plus homogène, composé en majeure partie de professionnels confrontés régulièrement au problème des accidents domestiques dans leur pratique quotidienne.*

## 2. LE COLLOQUE

### 2.1. PRESENTATION

La tenue de ce colloque intitulé "Vivre et grandir en sécurité : de nouvelles approches de prévention des accidents chez l'enfant: la psychomotricité ..." a eu lieu le mercredi 17 mai 1989. Les organisateurs avaient réuni plusieurs spécialistes d'horizons divers afin d'offrir une approche polyvalente du thème retenu.

Leurs interventions ont occupé toute la matinée. Ainsi M. Wachholder s'intéressa à l'épidémiologie des accidents, M. Hayez centra sa conférence sur les aspects relationnels et affectifs des accidents, M. Montagner parla des rythmes et de l'espace de l'enfant. M. Yernaux envisagea la problématique "psychomotricité et prévention".

L'après-midi, quant à elle, était consacrée à des ateliers autour de trois thèmes: la famille, la crèche, l'école.

### 2.2. METHODOLOGIE

#### A. ATTENTES DES ORGANISATEURS

Les organisateurs et les chercheurs ont défini ensemble différents points sur lesquels ils désiraient recueillir des informations lors de l'évaluation.

Ainsi, ils souhaitaient avoir des données sur:

1. Le mode de participation (matinée, matinée et après-midi, atelier éventuellement suivi...).

2. Certaines caractéristiques du public (âge, sexe, profession...).

3. La manière dont les participants avaient été prévenus de l'existence du colloque.

4. Les informations dont les participants disposaient en fin de séance à propos des accidents domestiques.

5. Les attitudes développées par les participants dans leur vie quotidienne avec l'enfant.

6. Les attentes des participants.

7. L'avis des participants quant à la journée.

8. Les suites éventuelles de ce colloque pour les organisateurs.

#### B. DEFINITION DES OBJECTIFS

Plusieurs réunions entre les organisateurs et les chercheurs ont permis d'aboutir à la définition d'une liste d'objectifs. Ceux-ci furent

regroupés en trois catégories générales (analyse de l'accident, prévention de l'accident, collaboration avec Educa-Santé) se subdivisant chacune en sous-séries plus explicites. Il faut remarquer que les objectifs une fois définis avec précision ainsi que la nature des informations à recueillir, il devient beaucoup plus aisé de construire les questions. L'ensemble se présentait de la façon suivante:

#### 1. Analyser l'accident (\*)

1.1. Présenter l'accident en termes épidémiologiques :

- a. chiffrer les risques selon l'âge;
- b. prendre conscience de la fréquence, de la gravité des accidents domestiques,...
- c. définir l'accident domestique.

#### 2. Prévenir l'accident

2.1. Développer une attitude "volontariste" face aux risques :

- a. intervenir auprès des responsables;
- b. refuser la fatalité de l'accident;
- c. multiplier les informations.

2.2. Protéger l'enfant (sécurité passive) :

- a. modifier le cadre matériel de l'enfant: adapter les lieux;
- b. promouvoir des objets sûrs;
- c. surveiller l'enfant.

(\*) il s'agit d'objectifs définis en termes de participants. "Au terme du Colloque, les participants seront capables de..., auront l'intention de...,"

2.3. Eduquer l'enfant à la sécurité (sécurité active) :

- a. adopter une attitude d'éducation active;
- b. préparer l'enfant à la sécurité;
- c. informer l'enfant sur les risques.

3. Collaborer avec Educa-Santé :

3.1. Mieux connaître Educa-Santé :

- a. missions;
- b. ressources;
- c. adresses.

3.2. Utiliser Educa-Santé :

- a. demander du matériel;
- b. entreprendre une action de prévention des accidents domestiques;
- c. participer à une recherche.

### C. CONTENU DES CONFERENCES

Les organisateurs avaient réclamé de la part de chaque conférencier un bref résumé de son intervention (à fournir le plus tôt possible aux organisateurs). Ces textes devaient se révéler utiles d'une part pour déterminer le degré de concordance entre les attentes des organisateurs et les contenus proposés; d'autre part, ils permettaient aux chercheurs d'avoir une première approche des informations dont le public allait pouvoir réellement disposer au cours de cette matinée. Ces résumés servirent de base à la rédaction des questions de connaissance des accidents domestiques et de leurs caractéristiques. Les chercheurs espéraient ainsi contrôler la concordance entre les informations demandées, les informations reçues et les informations retenues.

### D. CONSTRUCTION DU QUESTIONNAIRE.

Se basant donc à la fois sur les attentes des organisateurs, les objectifs définis et le contenu des conférences, les chercheurs constituèrent un questionnaire de 26 questions. On pouvait y distinguer 8 questions ouvertes et

18 questions fermées ou semi-fermées.

### E. RECUEIL DES DONNEES

Un questionnaire écrit, auto-administré fut distribué à chaque participant en début de journée. Les personnes furent invitées à remettre ce questionnaire en fin de journée à un chercheur de l'APES présent sur place. Cependant, les participants qui n'avaient pas eu l'occasion ou le temps de remettre le document pouvaient le renvoyer à l'APES dont l'adresse figurait sur la première feuille du questionnaire.

### 2.3. ANALYSE DES RESULTATS

Sur 187 questionnaires distribués, 66 nous furent retournés dès la fin de la journée. Dans les jours suivants, nous en avons encore reçu 20. Nous avons donc pu disposer pour notre analyse de 86 questionnaires dûment complétés. 46% des participants à ce colloque ont contribué à son évaluation.

Ce pourcentage satisfaisant semble être un premier indice de l'intérêt que ce colloque a suscité auprès du public présent. En effet, généralement ce type de procédure donne lieu à un pourcentage de perte plus sensible.

Comme pour le salon, nous avons sélectionné les résultats qui nous semblaient les plus significatifs. Toujours dans la perspective d'illustrer concrètement une procédure évaluative en soulignant ses apports.

### A. CARACTERISTIQUES

QUESTION 5 :  
Entourez le chiffre qui correspond à votre sexe

On constate que 90 % du public ayant répondu est féminin. Ceci s'explique certainement par le fait que le thème envisagé (l'enfant) est un thème qui recouvre des domaines d'activités, des professions, des centres d'intérêt, ...

où la femme est traditionnellement représentée de façon majoritaire.

### QUESTION 7

Avez-vous des enfants ?

La majorité des personnes ayant répondu (64 %) sont donc parents d'enfants en bas âge. Trois personnes sur les 86 ayant répondu sont aussi des grands-parents. En extrapolant, on peut donc dire que les éventuelles bénéfices du colloque sont utilisables à un niveau professionnel mais ont également une portée au niveau de nombreuses familles. Ceci constitue probablement une motivation supplémentaire à participer à ce colloque.

### QUESTION 9:

Quelle est votre profession?

La quasi totalité des personnes ayant répondu exercent une profession à l'heure actuelle. Les personnes n'exerçant pas de profession sont pour trois d'entre elles étudiantes, une est en chômage.

Les infirmières sont majoritairement représentées. On peut supposer que ces personnes de par leur profession sont particulièrement sensibilisées au problème. De plus, il est fort probable que ce sont elles qui sont confrontées le plus fréquemment aux conséquences de ce type de problèmes.

Les travailleurs médico-sociaux arrivent en deuxième position. Ces personnes jouent fréquemment un rôle d'informateur et de relais entre l'équipe, le public et les professionnels; ce qui expliquerait qu'elles se soient déplacées nombreuses. Ce facteur risque d'ouvrir plus largement les portes de l'action.

Toutes les professions représentées sont en relation directe avec l'enfant ou ont dans leur mission un aspect d'éducation pour la santé. Le secteur majoritaire est celui des crèches. Les enfants en bas âge sont les plus touchés par les accidents

en matière d'éducation à la santé. Il reste de ce fait un acteur décisif puisqu'il touche toute une génération en plein développement.

Notre intention d'effectuer cette recherche est partie de la constatation que dans les centres, il arrive souvent que de telles actions éducatives soient entreprises sans connaissance précise (ou à partir de données non vérifiées, souvent d'ailleurs subjectives) des besoins de nos populations scolaires. Notre objectif était donc de recueillir des informations de manière rigoureuse sur les comportements de santé des élèves, en vue d'élaborer un programme d'action basé sur leurs propres besoins.

L'étude a été effectuée auprès des parents dont les enfants se trouvaient dans les classes de 3ème maternelle (année scolaire 1988-89) des écoles du ressort du Centre PMS de la Communauté Française de Sambreville. Le nombre total d'enfants inscrits s'élevait à 189 au début de l'année scolaire.

Le choix de ce niveau d'étude s'explique par les perspectives d'actions futures qu'il offre: suivi scolaire, intervention possible tout au long de la scolarité primaire...

Connaître les pratiques éducatives est une tâche d'une ampleur importante. Nous avons donc opté pour une enquête par questionnaire à réponses fermées. Le nombre de questionnaires rentrés (87%) laisse supposer d'une part une bonne construction de l'outil et d'autre part, un intérêt porté à la recherche par les parents. Les nombreuses notations ajoutées par ceux-ci aux différentes questions renforcent cette dernière hypothèse.

Certes, la méthode par questionnaire n'est pas parfaite et on peut supposer que la "désirabilité sociale" des parents a influencé les résultats, les rendant certainement plus positifs qu'ils ne le sont en réalité. Notre outil n'a peut-être pas non plus abordé tous les sujets préoccupant l'éducation à la santé.

Parmi les résultats (1) les plus frappants que nous avons obtenus par l'analyse des données, citons:

\* une consommation de boissons sucrées relativement élevée (deuxième type de boissons après le lait);

\* l'existence d'enfants consommant régulièrement des boissons de type "bière" (3 enfants) et "café" (12 enfants);

\* la rareté de consommation de légumes pour 17% des enfants (jamais ou 1 ou 2 fois au plus par semaine);

\* un équilibre entre les aliments de base qui semble respecté par la majorité de la population;

\* un pourcentage relativement important d'enfants non vaccinés contre le tétanos: 13% (à cela, s'ajoutent peut-être 5% de parents qui n'ont pas connaissance de l'état de vaccination de leur enfant);

\* un quart des parents dont les enfants ont été vaccinés contre le tétanos n'ont aucune idée de l'âge auquel l'enfant doit avoir le rappel;

\* une quasi absence de prise de comprimés au fluor (16% seulement des enfants en consomment);

\* une hygiène des mains peu importante avant les repas pris à la maison (20% des enfants se les lavent rarement);

\* une perception de l'école très positive à cet âge (3 seulement des enfants aiment "très peu" l'école);

\* des contacts sociaux rares pour un enfant sur deux en dehors de l'école.

Ces résultats sont ceux sur lesquels se basent les priorités d'actions au cours de l'année scolaire 1989-1990, l'action se situant essentiellement au niveau de la classe, les différents résultats que nous avons obtenus seront réanalysés à ce niveau. Les activités devraient être dans une large mesure de la sensibilisation et

de l'information, tant au niveau des enfants que de leurs parents.

Outre les priorités d'action suite aux résultats d'ensemble, l'analyse de cas beaucoup plus particuliers comme le repérage (par le croisement de plusieurs variables) pourrait être réalisée. Ceci ne sera possible que grâce à l'appui de l'outil informatique qui est malheureusement quasi inexistant dans les centres PMS.

L'aide scientifique obtenue pour le recueil de nos données via l'A.P.E.S. nous aura permis de mener à bien notre recherche. Sans cet apport, ce recueil aurait été imparfait et partiel.

Nous ne pouvons malheureusement pas comparer notre jeune population à celle d'autre(s) centre(s) vu qu'une recherche de ce type ne semble pas encore avoir été ciblée sur des enfants de ce niveau de scolarité. Cette confrontation de résultats serait pourtant intéressante car elle nous permettrait sans doute de retirer des informations supplémentaires lors de l'analyse.

Nous pensons et espérons qu'à la lecture des résultats de cette étude, les membres d'autres centres PMS (mais aussi d'autres acteurs de l'éducation à la santé) percevront l'utilité de l'outil "recherche" qui permet d'appréhender les besoins réels de nos populations scolaires, besoins sur lesquels se fondent les actions éducatives. ■

Franz Vanhal, psychologue

(1) la liste détaillée des résultats peut être obtenue au Centre P.M.S. de la Communauté Française, 26, rue Reine Elisabeth, 5600 Sambreville.

→ Trois thèmes qui sont en relation directe avec le monde de l'éducation pour la santé.

Par quelques exemples significatifs, Jacques Zwick, Président du Groupe Inter-Directions de Lutte contre la Pauvreté et l'Exclusion sociale a rappelé d'abord les incohérences du fonctionnement de certaines de nos structures socio-politiques: la dispersion des pouvoirs aux différents niveaux des communautés et des régions; la multiplicité des intervenants qui engendre quelquefois des situations extrêmes comme celle d'une famille socialement défavorisée de la région de Charleroi où on a compté jusqu'à 17 intervenants; la construction de politiques parallèles à l'intérieur desquelles chaque secteur développe sa propre politique.

L'orateur relata ensuite des expériences positives comme celles réalisées dans une consultation de l'ONE à Ixelles, où des parents de milieux sociaux défavorisés ont été intégrés comme partenaires dans une équipe d'intervenants.

Préconisant une politique de destruction de la pauvreté dans une société d'abondance, il encouragea également les participants à entreprendre ou à poursuivre des actions d'éducation pour la santé: prévention des accidents domestiques, des toxicomanies,...

Monsieur Remion, Chargé de mission à la Fondation Roi Baudouin, a souligné quant à lui l'importance d'une coordination au niveau local, dans un quartier, une commune.

D'emblée, une question se pose: "qu'est-ce qu'une coordination?" Pour G. Remion, il est avant tout indispensable de créer un "climat" qui permette à toutes les personnes ressources la mise en commun de leurs efforts. La création d'un tel climat exige plusieurs éléments: un motif mobilisateur, un but à atteindre, une analyse qui permet de NOMMER l'enjeu, une volonté commune de "construire" ensemble une réponse.

Une coordination efficace nécessite un noyau mobilisateur de personnes, directement impliquées, pour induire un réflexe, une démarche qui peuvent devenir un outil autour d'un projet clair et précis basé sur une analyse toujours réactualisée.

Pour faciliter la coordination, cinq conditions sont également indispensables:

1. une gestion rationnelle des ressources humaines: tout doit être mis en place pour faciliter la rencontre des agents locaux;
2. l'écoute permanente de la population: des lieux et des outils d'analyse doivent être recherchés et gardés en mémoire;
3. une formation continue et une analyse en commun de la situation;
4. la présence et la participation des gens de terrain autour de la "table des décisions";
5. la connivence active des instances politiques et institutionnelles du supra-local.

Pour le Docteur Gauthier, psychiatre, Président de la Ligue d'Hygiène Mentale de Wallonie, l'aide sociale doit se fonder sur des choix éthiques et non sur des choix scientifiques, sinon, on risque de devoir justifier ses critères scientifiques et à devoir s'y adapter; ce qui est une position "anti-éthique".

Pour définir l'éthique dans la coordination, il a mis en exergue une série d'états de fait:

la multiplicité des institutions induit des rivalités pour justifier les crédits octroyés: ce qui pousse les institutions à survaloriser leur idéologie scientifique;

lorsque plusieurs intervenants sociaux entrent dans une famille, il peut y avoir une confusion, une contradiction autour des messages dispensés;

la famille peut être utilisée dans les rivalités existantes entre les services.

Le travail des institutions en réseaux favorise un maximum d'informations sur les personnes qui y font appel. Les différentes institutions acquièrent ainsi un pouvoir qu'elles pourraient utiliser pour manipuler ces personnes.

M. Gauthier prône la reconnaissance des gens comme sujets afin qu'ils puissent utiliser leur autonomie et devenir acteurs, participant aux prises de décisions qui les concernent.

Après l'inauguration de l'exposition, des carrefours ont permis la mise en commun d'expériences et de réflexions autour de cinq thèmes:

Modes de garde diversifiés;

Coordination et prévention de la maltraitance;

Participation et Conseil Communal de l'enfant;

Loisirs et créativité;

Enfant et santé.

Dans son allocution de clôture, enfin, Monsieur Guillaume, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, a proposé aux participants d'élaborer ensemble une politique de la petite enfance en Communauté française. ■

Annie Bourguignon, Service Education pour la Santé, Croix-Rouge de Belgique

## La santé des enfants

### Enquête dans un centre PMS sur les comportements de santé d'enfants de 3ème maternelle

L'éducation est une voie cruciale pour la prévention et l'intervention au niveau des comportements néfastes pour la santé. Dans les écoles, c'est le centre P.M.S. qui assume la coordination des activités

domestiques. Ceux-ci constituent donc à juste titre un sujet de préoccupation pour les professionnels de ce secteur. De plus, c'est dans la tranche d'âge concernée par les crèches que le rôle de l'adulte (éducatif, surveillance, protection) se révèle le plus prépondérant.

Ce sont plus particulièrement les personnes ayant un rôle de responsabilité qui ont assisté au colloque puisque nous comptons seulement 8% de puéricultrices. Traditionnellement, le souhait et les possibilités d'ouverture vers l'extérieur sont endossés par le personnel ayant des responsabilités. En outre, les personnes à faible formation répondent moins volontiers au questionnaire.

#### QUESTION 11:

Quel est le code postal de votre commune?

Les régions majoritaires sont 1: celle d'accès qui est proche géographiquement et qui dispose de plus grand nombre de moyens (Bruxelles); 2: celle d'origine des organisateurs (Charleroi). Les autres régions sont très peu représentées et soulignent l'impact très localisé du colloque. Cette dispersion est décevante car l'information relative au colloque a été distribuée de façon large du point de vue géographique.

Le public présent au colloque est très ciblé comme le souhaitaient les organisateurs. Cependant, ces professionnels proviennent en majorité de Bruxelles et du Hainaut. Cette faible dispersion géographique donne au colloque un impact très concentré. Ici, aussi, la nécessité d'une action itinérante semble se justifier pleinement si l'objectif est de toucher des professionnels de chaque région

#### B. EFFICACITE DES MOYENS D'ANNONCE DU COLLOQUE

QUESTION 12: De quelle façon avez-vous été prévenu(e) de l'existence de ce colloque?

### RETOMBEZ EN ENFANCE VISITEZ LA MAISON GÉANTE



C'est par l'intermédiaire d'une invitation sur le lieu du travail que 37% des personnes au moins ont été averties de l'existence de ce colloque. Les invitations personnelles ou sur le lieu du travail ont donc permis le déplacement de la majorité des répondants au questionnaire. Ce moyen mis en oeuvre par les organisateurs qui désiraient inviter uniquement un public très ciblé de professionnel, se révèle donc probant.

Ces résultats permettent de relativiser l'efficacité d'autres moyens que l'invitation directe pour une futur action de ce type.

Notons enfin que même une invitation personnalisée, se révèle peu efficace pour susciter le déplacement de personnes extérieures à la région où se déroule l'action.

#### C. ATTENTES DU PUBLIC

QUESTION 21 : Pourquoi êtes-vous principalement venu(e) à ce colloque ?	Nbre de réponses prises en compte	%
1. Pour écouter les conférenciers invités ?	80	16 %
2. Pour rencontrer des personnes ?		2,5 %
3. Pour mieux connaître les risques d'accident ?		15 %
4. Pour vous inspirer des expériences existantes ?		41 %
5. Pour mieux connaître l'enfant ?		20 %
6. Autre...		5 %

Visiblement, ce qui intéresse principalement le public, c'est la possibilité de connaître des expériences existantes (item 4). Cet élément est probablement à relier au fort taux de participation enregistré aux différents ateliers bien qu'ils soient organisés en fin de journée. Ceci souligne l'attrait pour des solutions, des idées nouvelles. On pourrait aussi en déduire qu'il existe une réelle demande chez un public qui, apparemment, est animé par une volonté d'action sur ce problème. En effet, le terme "inspirer" repris dans l'intitulé de la proposition semble devoir déboucher sur une possibilité de changement. Par ailleurs, on peut retenir que le public est grosso modo plus attiré par la perspective de partager des éléments vécus et concrets que par une information

générale. Toutefois, cette proposition (item 4) peut être considérée comme la plus globalisante tout en étant relativement précise. Cet élément pourrait lui aussi expliquer qu'elle soit choisie majoritairement.

Une part non négligeable du public (35% : propositions 3 et 5) s'est également déplacée en vue d'augmenter ses connaissances concernant les accidents domestiques et quant au public touché par ce problème. Ce chiffre confirme toute l'utilité de diffuser une information attendue, semble-t-il, dans ce domaine.

Enfin, 16% des personnes ayant répondu se sont déplacées principalement pour écouter les conférenciers. On peut en conclure que la formule de la conférence draine un certain nombre de

participants. Cependant, si on s'en réfère à la participation aux ateliers, on peut souligner qu'une part importante de ce public ne se contente pas d'assister seulement aux conférences mais participe à l'ensemble de la journée. Les conférences stimuleraient donc la participation d'un certain public et serviraient de point d'ancrage à une participation plus large.

La proposition 2 (rencontrer des personnes) recueille un très faible pourcentage. Le public ne semble donc pas attendre de ce type de manifestation de pouvoir y nouer des contacts durables.

#### D. LES INFORMATIONS DONT LES PARTICIPANTS DISPOSENT EN FIN DE SEANCE

QUESTION 16: Quel est, à votre avis, le type d'accident le plus grave?

On constate qu'un public ayant assisté aux mêmes exposés et disposant donc d'une prise d'information commune conserve un avis dispersé en fin de journée.

La question n'était peut-être pas suffisamment précise pour inciter à des réponses claires. (aucune donnée sur l'âge des victimes par exemple ...) Les personnes se contentent alors de donner en réponse des catégories très générales (accidents de la route, domestiques...) n'apportant aucune information sur leurs connaissances de la thématique traitée.

Il serait intéressant de poser la même question avant une action pour considérer quel déplacement d'opinion celle-ci peut provoquer. Voir par exemple si les personnes déjà informées conservent la même opinion ou la modifient en fonction des nouvelles données; étudier si il existe un groupe ne se prononçant pas avant une conférence et se prononçant après....

Il reste 28 % de personnes qui ne se prononcent pas malgré l'information reçue. L'efficacité de l'action sur ce

point n'est pas nette. Elle ne suffit pas à 28 % des participants pour se forger une opinion et ces personnes ne se considèrent pas suffisamment informées pour répondre à cette question après la journée. Même si on prend en compte la crainte de répondre erronément, ce facteur ne peut expliquer à lui seul ce fort pourcentage.

Le pourcentage le plus élevé reste donc celui des indécis. Ces données confirmeraient la difficulté à modifier ou à installer une information en un bref laps de temps et par un seul canal, et pourraient être pris en compte lors d'actions futures.

#### E. LES ATTITUDES DES PARTICIPANTS

QUESTION 18 : Peut-on éviter les accidents ? Comment ?	Nombre de réponses prises en compte	%
1. Prévention	75	25 %
2. Informations		20 %
3. Adaptation de l'environnement		16 %
4. Augmentation de la surveillance		8 %
5. Education de l'enfant, l'entourage		21 %
6. L'exploration, apprentissage, psychomotricité		5 %
7. Nouvelles normes		1 %
8. Autres		4 %

79% des personnes ne considèrent pas l'accident comme une fatalité. Elles sont donc potentiellement mobilisables autour d'actions sur ce thème.

Pour des professionnels, les 21% de personnes ne considérant pas d'office l'accident comme évitable sont quand même préoccupants surtout qu'ils sont peut-être le reflet d'une opinion majoritaire chez ceux qui ne se sont pas déplacés considérant toute action dans ce domaine sans effet.

On peut grosso modo différencier deux types de solutions préconisées par le public en réponse à la problématique des accidents domestiques.

La première catégorie se situe dans



le domaine des interventions extérieures sous forme d'un supplément d'informations, d'actions de prévention.

La deuxième (50% des personnes) se range déjà plus dans une perspective personnelle (éducation, apprentissage... items 3,4,5,6.). Le fait que 46% (items 1,2,7) des personnes jugent les actions extérieures comme des solutions d'amélioration laisse supposer le jugement d'efficacité que ces personnes accordent à ces actions. Cet élément présuppose un accueil favorable à celles-ci et laisse entendre une demande explicite du public face à ces actions.

L'autre catégorie regroupe des personnes qui semblent préconiser

des Malades du SIDA et des Séropositifs, déclaration de AIDES et de Médecins du Monde.

2. Le travail de prévention du sida s'intègre dans le travail général de prévention et d'éducation pour la santé.

3. Les centres garantissent à toute personne le secret médical le plus absolu; l'équipe est particulièrement vigilante sur ce point. Le centre s'engage à ne jamais communiquer à personne le dossier du patient, sauf ce qui est dit au point 11 ci-dessous et toujours avec l'accord exprès du patient.

4. Chaque centre désigne au sein de son équipe un référent scientifique et un référent psycho-social, impliqués dans les problèmes posés par les MST (maladies sexuellement transmissibles) et le sida. Ce noyau référentiel est utilisé pour l'information et la formation des travailleurs du centre, ainsi que comme relais dans une structure de coordination inter-centres, de manière telle qu'au-delà des différences spécifiques à chaque centre une pratique commune soit établie dans le respect de la présente charte.

5. Les centres veillent à ce que les membres de l'équipe s'informent, se forment et participent à une réflexion commune, et qu'ils bénéficient d'une supervision lorsqu'ils sont impliqués dans ce type de consultation.

6. Le sida est toujours envisagé dans le contexte global de la vie affective et sexuelle des personnes.

6b. Dans le cadre de la prévention, les centres pratiquant des animations en éducation affective et sexuelle intègrent l'information concernant MST et sida.

7. Les centres veillent à ce que les consultants soient sensibilisés à leur propre prévention en vue de diminuer les risques de contamination.

8. Les centres mettent tout en oeuvre pour que les patients de culture et/ou de langue différente(s) soient

accueillis par des professionnels proches de celle(s)-ci. Ils veillent à ce que l'intervention éventuelle d'un interprète ou de tout autre intermédiaire ne nuise pas au secret professionnel.

9. Les centres refusent le dépistage systématique du sida. Le test de dépistage ne peut jamais être pratiqué à l'insu de la personne.

Le professionnel de la santé qui estime souhaitable de proposer le test expose clairement ses motivations à la personne. Le refus du test est à respecter.

Une demande de test est toujours suivie d'un entretien visant à en déterminer l'opportunité, l'enjeu et les conséquences. Les centres répondent positivement aux demandes de test anonyme. L'entretien préalable au test est toujours une opportunité d'aborder la question de la prévention des MST; l'objectif est de permettre à la personne d'adopter un comportement minimisant les risques.

10. Lorsque le test est pratiqué, un autre rendez-vous est systématiquement fixé avec la personne afin de lui annoncer le résultat quel qu'il soit.

11. Chaque centre détermine ses propres limites d'intervention, conscient qu'il ne peut le plus souvent assumer seul l'ensemble des problèmes médico-psycho-sociaux qui se posent à une personne séropositive et à son entourage.

En conséquence, chaque centre veille à s'entourer de structures et de personnes-ressources dans les différents domaines, à savoir: hôpitaux, centres de référence, médecin généraliste de la personne, collaboration entre centres de planning familial, services sociaux, etc.

Aucun contact ne pourra néanmoins être pris sans l'accord exprès du patient, conformément au point 3.

Les centres qui assurent l'accompagnement des personnes séropositives veillent notamment:

- à la continuité de la prise en charge psycho-médico-sociale de ces personnes;

- à la responsabilisation de ces personnes quant à la transmission du virus;

- à la coordination avec les autres structures d'aide. ■

Fédération Francophone Belge pour le Planning Familial et l'Education Sexuelle - 1989.

Pour tous renseignements concernant cette charte et les centres affiliés, veuillez contacter la FFBPFES, rue Lesbroussart 28, 1050 Bruxelles - Tél: 02/641.93.71.

## Vitrine sur l'enfance

En collaboration avec le Service d'Etudes et de Documentation Sociales de la Province de Namur, le Centre de Coordination de la Petite Enfance a organisé les 10 et 11 novembre derniers un colloque et une exposition à la Maison de la Culture et au Théâtre Royal de Namur.

Cette manifestation avait pour objectifs, entre autres, de permettre aux services publics, privés et aux associations s'occupant de la petite enfance, de mieux se connaître et de réfléchir ensemble à une action coordonnée pour un meilleur accueil de l'enfant dans notre société.

Les exposés du colloque ont tenté de répondre à trois questions fondamentales:

\* Y a-t-il une politique intégrée en faveur de l'enfant en Belgique?

\* La coordination, un outil pour une politique intégrée?

\* Quelle éthique pour une coordination?

→ comprendre les facteurs "non-nutritionnels" de l'alimentation.

La première est une approche ethnographique descriptive qui couvre la liste non seulement de tous les aliments, mais de tout ce qui s'y rapporte: mode de production ou d'acquisition, de conservation, de préparation des aliments, repas ou autres occasions où ils sont consommés.

La deuxième étape consiste en une analyse de la signification de toutes les actions et éléments qui s'imbriquent dans ce système, la nourriture étant considérée comme un symbole, comme un instrument d'une expression sociale, comme signe d'appartenance à un groupe.

La dernière étape est une démarche de synthèse qui tente de globaliser et d'intégrer toutes ces informations avec les données disponibles sur le plan biologique et écologique.

L'ensemble de ce processus doit permettre de savoir non seulement ce que les gens mangent, mais aussi comment ils le mangent et surtout pourquoi, ce qui est évidemment indispensable si on souhaite promouvoir certains changements avec quelque chance de succès.

Cette démarche anthropologique constitue un complément précieux, voir indispensable aux méthodes de l'épidémiologie nutritionnelle qui nous ont ensuite été présentées, avec les avantages et les inconvénients de chacune, par Mme Sancho-Garnier qui a collaboré avec Annie Hubert à la recherche décrite dans "Modes de vie et cancer" et qui a servi diapositives à l'appui - à illustrer son exposé, certes un peu scolaire, mais quel plaisir de se retrouver à l'école avec un prof de talent!

L'historien Jean-Louis Flandrin nous faisait apparaître ensuite que les différences alimentaires ne sont pas seulement géographiques mais aussi historiques. Heureusement pour l'éducation à la santé, les régimes alimentaires évoluent dans le temps, même si on ne sait pas toujours quels sont les facteurs qui déterminent cette évolution. Après les exposés

plus méthodologiques qui nous avaient quelque peu éloignés du sujet, J.L. Flandrin nous ramenait aux graisses; le menu du jour si j'ose dire, en analysant l'évolution de leur utilisation en France du 14ème au 18ème siècle. Il nous a fait découvrir que, contrairement aux idées reçues, nos ancêtres ne mangeaient pas beaucoup plus gras que nous, bien au contraire. Les livres de cuisine révèlent qu'au moyen âge la plupart des sauces, étaient sans graisses. Il faut attendre les 16ème et 17ème siècles pour que se multiplient les sauces à l'huile, au beurre ou à la crème.

Les aspects anthropologiques présentés ici ne constituaient qu'une petite partie de ce symposium. La journée précédente avait été consacrée aux aspects expérimental et épidémiologique. L'après-midi finale était consacrée aux modifications alimentaires, avec des témoignages des expériences finlandaise, méditerranéenne, allemande et belge. Ce sujet devrait intéresser tout particulièrement les éducateurs que vous êtes.

Peut-être pourrions-nous y revenir. D'autant que les participants à cette réunion d'excellent niveau étaient vraiment trop peu nombreux. Comme on dit dans ce cas: les absents ont eu tort! ■

## Prévention du sida: Les Centres de Planning Familial signent une charte

**L'**irruption brutale du virus HIV dans tous les milieux de notre société a ébranlé les structures du domaine de la santé. Le sida est associé à l'amour, à la mort, à la mort de l'amour! Il est urgent de définir des positions éthiques et déontologiques face aux situations complexes que pose ce fléau.

Les centres de planning familial affiliés à la Fédération Francophone Belge pour le Planning Familial et l'Education Sexuelle (FFBPFES), qui ont une mission de prévention et d'éducation à la santé à remplir, ont adopté des positions communes par le biais d'une charte, que nous reproduisons ci-dessous.

### Prévention du sida Charte des Centres de Planning Familial

L'infection par le virus du sida appelé HIV est une infection qui se transmet principalement par voie sexuelle. C'est à ce titre que les problématiques liées au sida entrent dans les compétences des centres de Planning Familial.

En effet, depuis toujours les personnes consultant ces centres ont trouvé une écoute à propos de leur vie affective et sexuelle dans un climat de confiance.

Les travailleurs des centres de Planning Familial sont en mesure d'offrir:

\* Une information claire et compréhensible à propos du sida et de sa prévention;

\* Une écoute et une aide aux personnes qui rencontrent des difficultés à se protéger;

\* Un encadrement psychologique, médical et social autour du test de dépistage;

\* Un éventuel accompagnement psycho-médico-social des personnes séro-positives.

Soucieux de travailler d'une manière concertée, les centres de Planning Familial membres de la FFBPFES décident d'adopter une attitude clairement définie dans leur charte "Prévention du sida", tant au plan éthique qu'au plan médico-psychologique.

1. Les centres de planning familial de la FFBPFES adhèrent à la Déclaration Universelle des Droits

une attitude plus active. Cependant, recommander une attitude ne veut pas dire l'adopter. De même, choisir une attitude ne signifie pas encore mettre un oeuvre le comportement effectif correspondant.

Enfin, une autre question sur le type d'aide que les personnes aimeraient recevoir *personnellement* aurait certainement permis d'affiner l'analyse, de même qu'une mise en corrélation de ces données avec le niveau d'information des personnes.

De toute façon, on remarque qu'une question ouverte comme celle-ci laisse apparaître peu d'attitude positive et active.

**Colloque**

**VIVRE ET GRANDIR EN SECURITE**

De nouvelles approches de PREVENTION des ACCIDENTS CHEZ L'ENFANT : la psychomotricité...

Le mercredi 17 mai 1989  
Bruxelles

Organisé par : EDUCA-SANTE - C.F.E. Pour l'Enfance de la Santé et du Bien-Etre Familial de la Ville de Charleroi  
avec l'appui de la Communauté Française de Belgique

**Vous pouvez obtenir les actes du colloque reprenant la totalité des interventions des orateurs au prix de 400 FB à Educa-Santé, Avenue Général Michel 1B, 6000 Charleroi, tél. 071/33.02.29**

QUESTION 19 : Nous pouvons développer plusieurs attitudes face aux risques d'accidents chez l'enfant, entourez pour chaque attitude, celle qui correspond le mieux à votre propre attitude	Nombre de réponses prises en compte	%
A) 1. Je ne surveille jamais : l'enfant doit se sentir dans un état complet de liberté 2. Je surveille peu 3. Je surveille 4. Je surveille attentivement 5. Je surveille constamment. Mon attention n'est jamais en défaut. Un accident peut toujours arriver.	84	0 % 12 % 48 % 34 % 6 %
B) 1. Je n'interviens jamais : l'enfant apprend de lui-même, par essais et erreurs 2. J'interviens peu 3. J'interviens 4. J'interviens souvent 5. J'interviens toujours. Il faut expliquer aux enfants les risques d'accidents et les y préparer.	83	0 % 22 % 37 % 25 % 16 %
C) 1. Je ne modifie jamais les lieux où vit l'enfant. Il faut lui laisser la capacité d'affronter un monde qui n'est pas construit pour lui 2. Je modifie peu 3. Je modifie 4. Je modifie souvent 5. Je modifie toujours. L'enfant est désarmé devant notre monde d'adulte. Il faut le protéger.	86	5 % 43 % 37 % 10 % 5 %

Peu de personnes répondant au questionnaire adoptent des attitudes extrêmes. La préférence est donnée à la surveillance et à l'intervention par rapport à la modification de l'environnement qui pourrait restreindre celles-ci.

Aucune majorité significative ne se dégage pourtant en faveur de telle ou telle attitude. Les personnes restent mitigées entre une attitude moyenne (surveillance, intervention) et une protection plus rapprochée (je surveille attentivement, j'interviens souvent).

Un plus grand poids penche en faveur d'une surveillance rapprochée, très certainement parce que celle-ci est plus rassurante pour les parents et permet de se déculpabiliser, en partie, en cas d'accident. Peu de responsabilité est

laissée aux enfants (attitude 2). De même, peu de personnes adoptent un comportement facilitateur (adapter l'environnement). Cette attitude est probablement moins sécurisante pour les parents et n'est positive que si elle va de pair avec une possibilité de prise en charge autonome de l'enfant (possibilité peu retenue ici).

La désirabilité sociale intervient certainement pour tempérer les réponses et les centrer sur les items moyens. Sont choisies les attitudes les plus admises socialement.

#### F. AVIS DES PARTICIPANTS QUANT A LA JOURNEE

QUESTION 22: Quelle impression globale garderez-vous de cette réunion?

Les organisateurs semblent avoir parfaitement réussi dans leur entreprise puisque 91% des participants gardent une impression favorable de la journée, 6% des personnes ayant répondu ne se prononcent pas.

**QUESTION 23:** Que pensez-vous des exposés de ce matin?

Les exposés concourent donc à la satisfaction manifestée par les sujets interrogés puisque 68% les apprécient positivement. Les conférenciers sont eux aussi appréciés personnellement par une partie de l'assemblée. Par leur présentation, ils semblent donc participer au succès de la matinée.

**QUESTION 24:** Que pensez-vous de l'atelier auquel vous avez participé?

On constate tout de suite que les ateliers soulèvent un fort pourcentage de remarques négatives tout particulièrement à cause de leur mode de déroulement. Les personnes regrettent le peu de possibilité qui leur a été offerte de s'exprimer. Très peu de personnes (3 personnes sur 57) se disent satisfaites du fonctionnement de ces ateliers.

Les critiques exprimées par rapport au contenu des ateliers sont liées aux remarques négatives émises à propos de la forme. Les "ateliers" consistaient principalement en des exposés qui ont alors paru redondants par rapport à la matinée. De plus, ils ne permettaient peut-être pas de prendre connaissance d'expériences vécues comme le souhaitaient 41% du public.

On peut supposer aussi que les attentes du public par rapport aux ateliers sont certainement beaucoup plus définies que par rapport aux conférences. Le public évaluerait donc plus clairement si son attente est rencontrée ou non. Il sanctionne plus facilement une action qui ne répond pas aux critères qu'il s'était défini. Par exemple, les exposés ont peut-être paru trop théoriques par rapport à l'attente d'éléments concrets.

En conclusion, on peut dire que si les participants se disent satisfaits de la journée, c'est principalement en raison des exposés du matin. Cependant, le taux de réponse étant plus faible à la question 24, il faut considérer ces pourcentages avec beaucoup de nuance.

#### G. SUITES EVENTUELLES DU COLLOQUE

**QUESTION 26:** Etes-vous prêt(e) à collaborer avec Educa-Santé pour que l'enfant grandisse et vive en sécurité? De quelle manière?

L'intérêt suscité par le colloque rejailit sur les organisateurs. Ceux-ci doivent s'attendre à de nombreuses demandes de renseignements mais moins à des demandes d'intervention si on en croit les pourcentages recueillis.

En effet, plus l'attitude future consiste en une démarche active des participants, moins on trouve de personnes qui choisissent cette attitude. 72% désirent des informations mais il n'y a plus que 16% qui veulent entreprendre une action dans le domaine. Le souci d'information et de changement dans le domaine perçu aux autres questions se concrétise ici par cette volonté de mieux connaître et de collaborer, dans une moindre mesure, avec un organisme actif dans le domaine.

En espérant que ces prises de position se réaliseront à l'avenir et permettront ainsi d'atteindre le but à terme fixé par Educa-Santé: diminuer l'incidence des accidents domestiques.

#### CONCLUSIONS

Deux publics contrastés ont fréquenté le salon et le colloque: un public sensibilisé mais diversifié au salon, des professionnels au colloque. Dans les deux cas, les deux actions ont une portée très locale d'où le bénéfice de les faire circuler pour en élargir leur impact.

Une certaine frange de la population est touchée par ces actions mais elle ne représente pas nécessairement la partie du public à informer prioritairement car elle est déjà sensibilisée à la thématique.

Dans un cas comme dans l'autre, attitudes et connaissances se modifient peu. Les informations détenues restent en général imprécises. Les publics sont d'ailleurs en demande d'informations, d'idées nouvelles pour assurer plus de sécurité à l'enfant. Si les personnes se disent prêtes à participer à des expériences ou des actions, peu sont prêtes à en être les initiatrices.

Le domaine rencontre un intérêt réel auprès du public. Les formules choisies se sont révélées satisfaisantes pour chacun des publics auxquels elles s'adressaient. La majorité des personnes retournent avec le sentiment d'un bénéfice personnel. Cependant cette impression positive ne se traduit pas par des modifications aux niveaux des attitudes et des connaissances.

Même si ces actions sont jugées positivement, il reste des questions à poser quant à leur efficacité. Elles sont probablement perçues de la sorte car elles confortent les personnes dans leurs opinions et leur confèrent le sentiment d'avoir accompli une démarche active pour assurer plus de sécurité à l'enfant. Cependant, elles ne semblent pas provoquer la mise en place d'un cadre conceptuel plus construit.

La demande existe, des projets sont à penser pour y répondre adéquatement. ■

**Carine Lafontaine,  
Michel Demarteau, APES.**

promouvoir dans toutes les situations un meilleur équilibre dans les responsabilités parentales.

#### B. Changements dans les groupes existants.

##### I. MALADIE

###### 1. Affections cardiaques

###### 1.4. NOS ENFANTS CARDIAQUES

Nouvelle adresse :  
Chemin de Maréchaux, 41  
1350 Limal  
Autre contact :  
Secrétariat Cardiologie pédiatrique  
de l'hôpital Saint-Luc  
02/764 19 26

Objectif : promouvoir le progrès des soins des enfants cardiaques et améliorer la qualité de vie actuelle et future de ces enfants.

###### 2. Asthme

###### 2.1. GROUPE DE REFLEXION SUR L'ENVIRONNEMENT DANS LES MALADIES ALLERGIQUES NOTAMMENT L'ASTHME (GREMAA)

Nouveau classement :  
Catégorie I. 23. Allergies (n° 23.1.).

Adresse: c/o Mme FREDERIC  
square Plasky 98  
1040 Bruxelles

###### 10. Hémophilie

10.1. ASSOCIATION DES HEMOPHILES ET DES MALADES DE VON WILLEBRAND  
Nouvelle permanence :  
Mme VAN AELBROUCK mardi de 8 h 30 à 12 h.

##### IV. HANDICAPS

###### 4. Handicapés auditifs

4.2. LIGUE BELGE CONTRE LA SURDITE  
Nouveau n° de téléphone : 02/  
466 46 87

###### 5. Handicapés mentaux

5.2. ASSOCIATION NATIONALE D'AIDE AUX HANDICAPES MENTAUX(ANAHM)  
Nouveau n° de téléphone : 02/640 42 99

###### 8. Sport pour handicapés

8.8. Supprimer de l'inventaire :  
CYCLO DANCE.

##### V. TROUBLES DU COMPORTEMENT

###### 1. Autisme

1.1. Nouvelle dénomination :  
ASSOCIATION DE PARENTS POUR L'EPANOUISSEMENT DES PERSONNES AUTISTES  
Nouvelle adresse :  
rue J. Stallaert 1 Bte 4  
1060 Bruxelles

###### 4. Stress

4.1. ATELIER STRESS UNMS/FPS  
Objectif : méthode comportementale qui donne des outils pour mieux gérer son stress (discussion et relaxation en groupe).

(mise à jour clôturée le 27 novembre 1989) ■

## Lipides, santé et... anthropologie

*"La nutrition n'est pas seulement une question de calories et de nutriments".*

C'est en citant le Pr. Trémolières que le Dr. G. Reginster concluait son exposé sur les profils alimentaires en Belgique au symposium organisé par l'Association contre le Cancer sur le thème "Lipides et santé". Elle rendait ainsi un bel hommage aux orateurs qui allaient lui succéder à la tribune.

En effet, avant cela, le début de la matinée avait été consacré à des

exposés constitués essentiellement de données chiffrées et de graphiques. Heureusement, pour nous éviter l'indigestion, on s'est limité à trois aperçus de la situation en Grande-Bretagne, en Belgique et dans les pays latins. Assez pour nous faire percevoir la très grande diversité de comportements alimentaires, non seulement entre l'Ecosse et le Mezzogiorno, mais déjà entre la Flandre et la Wallonie.

Mais lorsqu'il s'agit de prévention et de changement de comportements, les statistiques, bien que fort utiles, ne peuvent suffire. Surtout dans le domaine des comportements alimentaires qui sont liés, bien sûr, à des facteurs géographiques et économiques, mais aussi à des facteurs culturels susceptibles d'être mis en évidence par des disciplines telles que l'histoire et l'anthropologie.

Il y a quelques mois, souvenez-vous, Education Santé avait eu un "coup de coeur" pour l'ouvrage "Modes de vie et cancer". Le Dr. Ziant, Directeur de l'Association contre le cancer, semble avoir partagé notre sentiment puisqu'il avait invité un des auteurs de l'ouvrage, Annie Hubert, à présider la séance consacrée à "l'apport des anthropologues".

Elle commençait son exposé quasiment avec les mêmes mots qui avaient conclu celui du Dr. Reginster:

"Pendant longtemps, ceux qui se sont penchés en scientifiques sur le phénomène de l'alimentation ont eu tendance à considérer l'aliment comme un simple carburant destiné à fournir au corps une certaine énergie. Il a fallu en France, des hommes comme Claudian et Trémolières pour constater que nous nous trouvons devant un phénomène et des situations infiniment plus complexes, de par la nature même de l'être humain et de son organisation en sociétés. C'est l'aspect non-nutritionnel de l'alimentation qui est objet de recherche de l'anthropologie de l'alimentation."

Annie Hubert s'est attachée à nous faire découvrir les trois grandes démarches constitutives de cette discipline qui doit permettre de

## Groupes d'entraide dans la Communauté Française de Belgique

### Mise à jour

Depuis la parution en octobre 1989 (voir n° 41 d'Education Santé), de l'inventaire 1989, le paysage des groupes d'entraide dans la Communauté Française de Belgique a évolué.

Pour vous tenir informé de cette évolution, nous publierons régulièrement des mises à jour. Vous trouverez la première d'entre elles ci-dessous.



Nous vous rappelons que vous pouvez, en permanence, communiquer les informations relatives aux groupes d'entraide en contactant le Département Promotion de la Santé de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes, rue Saint-Jean, 32-38, 1000 Bruxelles - Tél. 02/515 05 85 où le fichier complet peut aussi être consulté.

La Cellule de coordination intermutualiste UNMS - ANMC.

### A. Nouveaux groupes.

#### I. MALADIE

##### 12. Maladie d'Alzheimer

12.2 ASSOCIATION ALZHEIMER BELGIQUE  
Clos Saint-Georges  
chaussée de Waterloo 1321d  
1180 Bruxelles  
02/375 37 63

#### Autre section :

Mme LEBAS  
rue des Poiriers 127  
6080 Montignies-sur-Sambre  
071/32 26 72

Objectif : informer, favoriser le contact entre les familles, intervenir auprès des responsables politiques.

#### 23. Allergies

23.2. FONDATION POUR LA PREVENTION DES ALLERGIES  
rue Saint-Martin 44  
7500 Tournai  
Permanence : rue Joseph Bens 27  
1180 Bruxelles

Objectif : informations préventives dans le domaine des allergies, apporter un soutien aux malades et à leurs familles.

### III. DEPENDANCES

#### 5. Tabac

5.3. GROUPE DE COORDINATION TABAGISME  
c/o Educa Santé  
avenue Général Michel 1b  
6000 Charleroi  
071/33 02 29

Groupe d'information  
Groupe de soutien.

### IV. HANDICAPS

#### 1. Handicapés en général

1.6. ASSOCIATION DES HANDICAPES DE WATERLOO  
rue Sainte-Anne 51  
1410 Waterloo  
02/354 56 54

Objectif : aide dans tous les domaines.

#### 6. Handicapés visuels

6.4. LA LUMIERE  
rue Grandgagnage 10  
4000 Liège  
041/23 25 48 et 041/22 21 48

Permanence : de 8 h à 16 h 30.

Objectif : apporter un soutien moral, une aide matérielle, une vie culturelle aux handicapés de la vue de la Province de Liège.

#### 8. Sport pour handicapés

8.18. FEDERATION OMNISPORTS POUR HANDICAPES  
rue de Neufvilles 455  
7470 Soignies  
067/33 02 25

Activités : une quarantaine d'activités adaptées selon l'âge, le niveau d'handicaps, le type d'animation, ...

### VI. SITUATIONS PARTICULIERES

#### 2. Divorce

2.2. MOUVEMENT BELGE POUR L'EGALITE PARENTALE  
rue Aug. Buisseret 24  
4000 Liège  
041/52 05 50

Association regroupant hommes et femmes séparés soucieux de

## Les buts de la santé pour tous: une réaction

Le Mouvement Démographie Ecologie nous a fait part de cette réflexion à la lecture de notre "feuilleton de l'automne":

*Suite à la parution de l'article "Les buts de la Santé pour tous Quelle réalité en Communauté française de Belgique?", nous estimons utile de vous signaler l'avis remis par notre association aux pouvoirs communaux concernant le projet de plan wallon d'élimination des déchets.*

*Nous y insistons sur le fait que la politique d'élimination des déchets a des implications dans le domaine de la santé publique et de l'éducation. C'est d'ailleurs pourquoi nous réclamons l'organisation, dans le cadre de l'élaboration du plan, d'une cellule interministérielle regroupant des responsables des ministères régional et communautaires concernés par l'environnement, la santé publique et l'éducation.*

*Notre avis rejoint parfaitement le but 18 de l'OMS, relatif à la collaboration multisectorielle pour protéger efficacement l'environnement humain des facteurs de risque pour la santé.*

*Ajoutons que la Directive des Communautés européennes (85/339/CEE) du 27 juin 1985 concernant les emballages pour liquides alimentaires avance dans ses considérants qu'il doit être tenu compte également des exigences de la santé publique et que cette directive a pour objet... le domaine de la production, de la commercialisation, de l'emploi, du recyclage et du remplissage des emballages de*

*liquides alimentaires ainsi que le domaine de l'élimination des emballages usagés... (c'est nous qui soulignons).*

*Nous sommes donc favorables à toute démarche qui, comme l'indique la directive, intègre la problématique de l'environnement en matière de santé publique et, inversement, se soucie de la santé publique dans la mise en place des politiques d'environnement, spécialement en ce qui concerne l'élimination des déchets". ■*

*Edith Piret, chargée des relations extérieures*

## Santé dentaire: bonne nouvelle

Un récent rapport commandé par l'OMS souligne l'amélioration massive de la santé bucco-dentaire. Le rapport affirme ainsi que déjà "dans certaines régions du monde, les affections bucco-dentaires ne sévissent plus à l'état de pandémie et n'atteignent plus l'ensemble de la population; à l'avenir, les sujets gravement atteints seront l'exception et non la règle".

Depuis vingt ans, les pays industrialisés ont vu baisser régulièrement le nombre de caries chez les enfants et les adolescents. Et, selon le rapport, cette tendance devrait s'étendre aux groupes plus âgés.

Voilà effectivement une bonne nouvelle. Mais elle doit être quelque peu nuancée.

L'état de santé bucco-dentaire d'un pays se mesure essentiellement au moyen de ce qu'on appelle l'indice

CAO, soit le nombre de dents cariées, obturées et absentes chez les enfants de 12 ans.

Jusqu'à 1,1 l'indice est considéré comme très faible; il est faible de 1,2 à 2,6; modéré de 2,7 à 4,4; élevé de 4,5 à 6,5 et très élevé au-dessus de 6,6.

Au début des années 60, l'indice CAO était inférieur à 1 dans les pays en voie de développement tandis que dans les pays industrialisés il pouvait aller jusqu'à 12.

Aujourd'hui, la situation s'est inversée: l'indice CAO a diminué dans les pays industrialisés mais a augmenté dans les pays du tiers monde, jusqu'à atteindre la valeur de 4,5.

Ce net renversement de tendance est attribué aux programmes de prévention mis en oeuvre dans les pays industrialisés, à la fois contre les caries dentaires et les parodontopathies, programmes reposant sur l'adjonction de fluor dans l'eau et le sel, le brossage des dents, l'emploi de dentifrice, de gels et de bains de bouche.

Le but de l'OMS pour l'an 2000 est un CAO inférieur à 3. Ce niveau est déjà atteint dans certains pays comme les Pays-Bas, la Suisse, la Norvège ou les Etats-Unis. La Belgique quant à elle se situe sans doute aux environs de 4 (3,9 à Liège, 1983).

Du boulot en perspective pour les éducateurs et les dentistes... ■

## Les mouvements "anonymes"

**P**arallèlement à la médecine que nous pourrions appeler "classique", se sont développés et se développent des mouvements qui se qualifient d'"Anonymes" et qui exercent une action bénéfique dans le domaine des dépendances aux substances (alcool, drogue, tabac, médicaments, nourriture) et aux émotions. Ces différents groupes: les A.A. (Alcooliques Anonymes), les N.A. (Narcotiques Anonymes), les O.A. (Outremangeurs Anonymes) et les E.A. (Emotifs Anonymes) ont, chacun, leur spécificité, tout en partageant des caractères communs qui les différencient, par leur nature et leurs principes, du canon médical.

En effet, alors que le médecin se réfère à des lois scientifiques, classiques et s'inscrit dans le cadre d'une déontologie sociale professionnelle, les mouvements anonymes - qui s'inspirent tous de l'exemple original des Alcooliques Anonymes - participent d'un même modèle culturel et éducatif, dont on peut résumer ainsi les trois grandes caractéristiques:

1) un programme de développement personnel, en 12 étapes qui correspondent à 12 degrés ou niveaux d'épanouissement progressif de la personne;

2) une institutionnalisation particulière, définie par 12 traditions qui forment un code de 12 règles d'organisation désintéressée du mouvement et de ses groupes;

3) enfin, une littérature originale qui met à l'avant-plan l'expérience spirituelle, quel qu'en soit le mode personnel, vécue comme ressort de la libération de la dépendance, et le partage du témoignage de vie comme outil de cet affranchissement.

Dans la réalité quotidienne, ces deux modèles sociaux, l'un médical, objectif et l'autre culturel, subjectif offrent, chacun, deux formes

particulières de réponse aux problèmes de la dépendance et aux dépendants: la première, logique, la seconde, intuitive et créative. Toutes deux, utilisées ensemble ou séparément, accordent à leurs populations les mêmes chances de succès et de réussite pour l'obtention d'une vie abstinentes et heureuse.

L'existence de ces deux structures sociales distinctes, médecine classique et mouvements anonymes, atteste que le problème des dépendances aux substances ou aux émotions admet deux approches différentes: l'une postule l'homme comme bipolaire, uniquement physique et psychique alors que l'autre postule l'homme comme ternaire ou tripolaire, c'est-à-dire physique, psychique et spirituel (corps/âme/esprit). La santé, auparavant, semblait ne relever que d'une seule solution, la solution médicale; mais les mouvements "anonymes" démontrent qu'elle peut être approchée à part égale, par la médecine et/ou par ces nouvelles structures sociales. Si nos sociétés n'ont réservé, jusqu'à présent, qu'une part infime à ces mouvements "anonymes", la raison en est que dans le champ de la santé, comme dans tant d'autres, le concept scientifique l'emporte sur l'intuition spirituelle et/ou de sagesse.

D'autre part, alors que la science et la technique médicale - dans son cadre institutionnel et épistémologique - établissent le polymorphisme et la multiplicité des dépendances (aux substances et aux émotions) de leur clinique et de leur thérapeutique, alors qu'elles distinguent le domaine des assujettissements aux produits et celui des assujettissements aux affections psychologiques ainsi que leur mode de soins, les mouvements anonymes, quant à eux, construisent une unité de compréhension et une unité de stratégie opérationnelle envers les multiples sortes d'assuétudes: assuétude à l'alcool, aux autres drogues, aux médicaments, aux pulsions alimentaires ou psychologiques.

Sur le plan historique, notons en 1935 la naissance des Alcooliques

Anonymes (A.A.), en 1953 celle des Narcotiques Anonymes (N.A.) et dans les années '60 puis '70, celle des Outremangeurs Anonymes (O.A.) et des Emotifs Anonymes (E.A.).

Ces mouvements, qui ont tous vu le jour aux U.S.A.; se développeront ultérieurement en Europe. La Belgique accueille les A.A. en 1953 seulement, les N.A. et les O.A. en 1987 et les E.A. en 1988, donc tout récemment. Leur extension prouve, de toute évidence, leur raison d'être et l'excellence de leur méthode.

Cette prolifération dans le temps et dans l'espace s'accompagne d'une permanence de l'unité de leur esprit; elle est une réponse à l'éventail croissant des dépendances aux substances ou aux émotions. Celles-ci, rappelons-le, sont considérées, malgré leurs natures différentes, comme équivalents de substances.

L'expérience spirituelle commune aux membres des mouvements anonymes peut être comprise comme d'essence initiatique, c'est-à-dire liée à des enseignements de sagesse ou d'essence spirituelle proprement dite, c'est-à-dire liée à une pédagogie divine, à une Puissance Supérieure, à Dieu tel que chacun d'eux le conçoit. Philosophie et spiritualité s'appliquent ainsi à toutes les espèces de dépendances, qu'elles soient à des substances, à des aliments et/ou à des émotions.

Première leçon de cet enseignement dispensé par les mouvements anonymes: ils accordent une signification semblable aux asservissements à la matière en soi (quelle qu'en soit la nature: alcool, drogues, médicaments, aliments) ou à la matière psychique (émotions). Entre l'une et l'autre n'existe qu'une différence de degré, d'aspect, mais non de nature: c'est ce qui apparaît à travers les mouvements anonymes.

De leur point de vue, les consommations abusives légales ou non, d'alcool ou d'autres drogues non nécessaires à l'homme, de nature superflue, extérieure à ses besoins vitaux et journaliers, peuvent être placées sur le même pied que des abus liés à des prescriptions de

médicaments ou à des absorptions exagérées d'aliments ou encore des expressions et des conduites émotionnelles excessives.

Ces dernières, du médicament à la nourriture et/ou aux émotions, ont en commun, contrairement à l'alcool et aux autres drogues, de faire partie d'un capital humain social et/ou personnel naturel, quotidien, pour l'homme, avec encore en plus l'aspect spécifique particulier du médicament qui est aussi lié au médecin.

Les mouvements anonymes nous indiquent ainsi qu'il existe une vision de l'être humain qui admet une perspective, une dimension totalement distinctes de celles de la médecine classique: au sens des premiers, il est parlé du côté spirituel et/ou de sagesse de l'homme, l'univers de l'autre s'adresse à l'homme physique et psychique.

Chacun d'entre nous, membre des mouvements anonymes et/ou du corps médical, se doit de réfléchir et de s'interroger avec tolérance sur l'éthique particulière et sur le respect mutuel de ces deux cultures (objective: médicale; subjective: mouvements anonymes) qui ont pour objet la personne et ses dépendances aux substances, à elle-même et à ses semblables.

La fraternité et la solidarité humaine qui se dégagent de la 12ème étape, dans tous les mouvements anonymes ("toi qui as compris le message, transmets-le à d'autres qui souffrent encore, comme toi qui as souffert"), évoquent le mieux la portée, la grandeur de ces mouvements, alors que les techniques de pointe de l'avant-garde médicale dans la lutte contre les dépendances (les réanimations, les formes de psychothérapies modernes), synthétisent l'importance de la médecine.

Ces deux courants possèdent, chacun, leurs richesses et leurs limites respectives. Tout l'effort futur exigera notre compréhension, alliée à la pratique judicieuse et harmonieuse de ces deux ressources d'aide ou de soins à l'homme souffrant.

Signalons encore l'existence aux U.S.A. de nombreux clubs A.A. qui sont des organisations issues des A.A. mais distinctes du mouvement A.A. proprement dit. Ces clubs, fort anciens et nombreux aux U.S.A., n'existent chez nous que sous la forme d'un exemple unique. Il s'agit d'une association sans but lucratif, dénommée "l'Anonyme" et sise rue de l'Abricotier 3 à 1000 Bruxelles (Tél. 02/511.72.92.) qui gère jusqu'à présent une seule réalisation: l'"Autre Bistro". Ce bistro ne débite aucune boisson alcoolisée et offre un lieu de récréation en même temps qu'une permanence d'accueil à quiconque vit et s'efforce de vivre sans alcool. Ce sont des Alcooliques Anonymes qui assurent l'infrastructure de cette institution, à titre personnel et bénévole.

L'Association du Pélican - née en 1983 - est proche des mouvements anonymes, comme l'Autre Bistro, mais elle en est néanmoins distincte.

Les séances des Groupes du Pélican - nés en 1978 - sont publiques et ouvertes, si l'anonymat est le même, les 12 étapes sont exprimées autrement sous forme d'une charte, et les 12 traditions énoncées autrement - présence d'un animateur socio-culturel professionnel, modérateur des réunions, et protocole des réunions sous formes thématiques.

Enfin, la littérature du Pélican - Cahiers littéraires et Ecrits théoriques du Pélican - est différente de celle des mouvements anonymes en général. D'autre part, les réunions du Pélican ne sont qu'une des activités de prévention du phénomène humain drogue en général de l'Association du Pélican. Il n'empêche, les Groupes du Pélican sont proches des mouvements anonymes car, comme eux, ce sont des groupes d'école de vie au travers de l'échange de témoignages de vécus humains et d'une entraide mutuelle soutenue et désintéressée.

On pourrait même préciser une forme d'analogie entre l'Autre Bistro et les Groupes du Pélican. En ce sens que, si le premier est fort lié au mouvement des A.A. créé bien avant

lui, le second est proche du mouvement des E.A. qui, en Belgique, est né à partir de l'initiative de membres des réunions du Pélican. Un peu comme si, dans le premier cas, le mouvement avait précédé l'initiative sociale, alors que dans le second, c'est celle-ci qui l'a porté.

La thématique des Groupes du Pélican est d'ailleurs beaucoup plus émotionnelle, comme celle des E.A., que celle des autres mouvements anonymes, même si les membres des réunions du Pélican présentent pour beaucoup cette particularité d'être aussi, en leur titre personnel, membres de mouvements anonymes type A.A., N.A. ou O.A.; voire E.A., depuis leur création.

Par cet aspect, les Groupes du Pélican forment, en tant qu'initiative sociale distincte et autonome, un lieu de rassemblement pour de nombreux membres de mouvements anonymes.

C'est un magnifique exemple de l'esprit de tolérance et d'ouverture qui anime l'idéal humain et chaleureux propre à tous ces mouvements anonymes, à leurs membres, et à toutes les initiatives sociales qui s'en inspirent - l'Autre Bistro - ou en sont proches - le Pélican -. Notons d'ailleurs à ce propos que le Pélican est aussi ouvert à de nombreuses personnes qui, tout en n'ayant souffert d'aucune dépendance en général, viennent là simplement pour vivre et s'associer à un climat et un effort de solidarité et de chaleur humaine.

Les Groupes du Pélican, l'Autre Bistro et les mouvements "anonymes" ont comme dénominateur commun à leur action le souci constant de conquérir la liberté, au-delà de la souffrance, considérée comme moyen d'enrichissement spirituel. ■

**Dr.J.Bradfer**, Conseiller scientifique de l'Association du Pélican