

Concours

La Direction d'Administration de la Jeunesse et de l'Education Permanente lance un concours de vidéos, en collaboration avec le Ministère de l'Education, de la Recherche et de la Formation.

Cette deuxième édition est centrée sur la thématique des Utopies. Ce sujet a été choisi pour sa capacité à mobiliser les imaginations sur de nouveaux projets de vie en société et à contribuer à l'émergence d'une citoyenneté plus active.

Le concours s'adresse aux jeunes et aux adultes des associations culturelles, ainsi qu'aux élèves de l'enseignement secondaire et supérieur.

Les vidéos sélectionnées feront l'objet d'une diffusion dans le cadre du festival "Filmer à tout prix" fin octobre 97 et les films primés seront diffusés par la RTBF.

Renseignements: Direction générale de la Culture et de la Communication, service de l'Education Permanente, bureau 2 AO36, Bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles, tél. 02/413.25.29, fax 02/413.24.15.

Emploi - offre

Infor Santé (Mutualité Chrétienne) cherche un collaborateur (m/f) spécialisé en communication pour une mission de courte durée (6 mois à mi-temps). Sa tâche: conception et suivi de production de documents socio-éducatifs, rédaction d'articles pour Education Santé.

Candidature avec CV à adresser à Monsieur Demonty, Mutualité Chrétienne, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles.

Emploi - demandes

• Gradué en diététique souhaitant travailler dans le domaine de l'éducation pour la santé dans les province de Namur ou du Luxembourg.

Coordonnées: **Aurore Pierson**, rue Saint Roch 24, 6850 Paliseul, tél. 061/53.49.53.

• Licenciée en psychologie sociale. Expérience de 5 mois dans le domaine de la prévention primaire (au Comité de Concertation sur l'Alcool et les autres Drogues), et d'un an et demi dans le domaine de la formation. Intéressée par ces deux domaines. Bonne connaissance de l'anglais et compréhension écrite et orale du néerlandais.

Coordonnées: **Claire Meulemans**, rue des Liégeois 6/308, 1348 Louvain la Neuve, tél. bureau 02/565.52.49, tél. privé 010/45.05.77.

• Licencié en éducation pour la santé, longue expérience du secteur médico-social, cherche emploi à Bruxelles ou en Wallonie.

Compétences: accompagnement de projet, formation d'adultes, recherche, publications.

Intérêts: travail en équipe, créativité, contacts.

Si vous êtes intéressé(e) par cette candidature, contactez **Alain Cherbonnier**, rue Vanderschrick 6, 1060 Bruxelles. Tél.: 02/502.82.03.

Changement d'adresse

Nouvelles coordonnées du RéFIPS (Réseau francophone international pour la promotion de la santé): 2330 rue Notre-Dame Ouest, bureau 200, Montréal (Québec) Canada, H3J 2Y2, tél. (514)937-1227, fax (514)937-9452, e-mail: oxfamocs@web.apc.org

Responsable: Madame Pauline Brasard.

Réalisation et diffusion: Infor Santé, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS.

Rédacteur en chef: Christian De Bock.

Conseiller de la rédaction: Jacques Henkinbrant.

Secrétaire de rédaction: Bernadette Taeymans.

Secrétaire de rédaction adjoint: Anne Fenaux.

Rédaction: Maryse Van Audenhaege

Documentation: Maryse Van Audenhaege.

Abonnements: Franca Tartamella.

Comité de rédaction: Pascale Anceaux, Pierre Anselme, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Nouara Chaoui, Christian De Bock, Alain Deccache, Natacha Granges, Michel Demarteau, Anne Fenaux, Jacques Henkinbrant, Geneviève Houlioux, Véronique Janzyk, Vincent Magos, Jean-Luc Noël, Thierry Poucet, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Eric Vandersteenen.

Editeur responsable: Edouard Descampe, avenue E. Demolder 44, 1030 Bruxelles.

Maquette: Philippe Maréchal.

Mise en page, photogravure et impression: Economat ANMC.

Tirage: 2.900 exemplaires.

Diffusion: 2.600 exemplaires.

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

ISSN: 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité. Les textes parus dans Education Santé peuvent être reproduits après accord préalable de la revue et moyennant mention de la source.

Pour tous renseignements complémentaires: Education Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles. Tél.:02/237.48.53. Fax: 02/237.33.10 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire). E-mail: jeanbenoit.dufour@ping.be.

CGRI

CGRI

CGRI

Education

SANTE

Stratégie

Le projet de décret en promotion de la santé p. 4

Réflexions

La promotion de la santé au niveau communal par *Martine Bantuelle et Axel Roucloux*

Education pour la santé et cures amincissantes par *Anna Elbers* p. 8

Initiatives

Smack, les assuetudes au théâtre par *Véronique Janzyk* p. 14

Humeurs

La promotion de la santé nuit-elle à la santé? par *Philip Lievens*

Locale

Des 'Journées outils' dans la Province de Namur par *Nathalie Loutz et Bénédicte Reginster* p. 20

Suppléments

Brochure pédagogique 'D'abord de l'eau, pour sauver ma peau!'/Infor Santé

L'analyse de documents audiovisuels en promotion de la santé/APES



'D'abord de l'eau, pour sauver ma peau!'

Un programme de prévention des brûlures pour l'enseignement fondamental - p. 12

Indispensable!

N'oubliez pas de vous réabonner Renvoyez-nous le bulletin en page 3

N'oubliez pas de vous réabonner. Renvoyez-nous vite le bulletin en page 3!

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



Le décret nouveau est (presque) arrivé

Depuis plusieurs années, les décideurs politiques réfléchissent à un dispositif modifiant le cadre législatif (datant de la fin 1988) réglementant le secteur de la promotion de la santé en Communauté française de Belgique. Ces réflexions ont pris un rythme accéléré sous l'impulsion de la Ministre-Présidente Laurette Onkelinx.

Elles ont débouché, après diverses consultations, sur un projet de décret en promotion de la santé, qui va être étudié par la Commission Santé du Parlement de la Communauté française au moment où nous rédigeons ces lignes.

Nous avons jusqu'ici volontairement fait preuve de discrétion par rapport au projet. En effet, il ne nous paraissait guère souhaitable de publier des informations qui auraient pu susciter un certain émoi dans le secteur, alors qu'il s'agissait de documents de travail, de versions du texte qui n'avaient pas encore fait l'objet d'un avis du Conseil d'Etat ou d'un consensus au sein du Gouvernement de la Communauté française.

C'est maintenant chose faite, et Laurette Onkelinx a présenté officiellement son projet à la presse au début décembre 1996.

La rubrique Stratégie explique donc la philosophie du futur décret, et en reprend les grandes lignes de façon plus précise.

Nous espérons évidemment vous informer complètement dans le courant de l'année, lorsque le projet aura pris force de loi.

Nos colonnes sont aussi à votre disposition pour les réflexions que pourrait vous inspirer le futur décret.

Décentralisation

Un des mots-clé du projet de décret est la décentralisation, puisqu'il prévoit la création de Centres locaux de promotion de la santé, appelés à remplacer, avec des moyens renforcés, les actuelles Commissions Locales de Coordination.

Cela rencontre l'importance que nous accordons à la rubrique Locale dans Education Santé, rubrique pour laquelle nous pouvons compter sur la collaboration régulière des Commissions Locales de Coordination. Et c'est au tour de celle de Namur de vous présenter aujourd'hui un vaste travail de sensibilisation sur le thème de l'hygiène.

A côté de cette initiative concrète, nous vous proposons aussi un texte passionnant de Martine Bantuelle et Axel Roucloux sur la façon dont les élus locaux peuvent s'inscrire dans la mouvance de la promotion de la santé.

Au menu pour cette année

Comme vous pouvez le constater, nous continuons notre bonne vieille

habitude des suppléments, en vous en offrant deux dans ce numéro de rentrée, un de la Mutualité Chrétienne et un de l'APES. Il y en aura d'autres, notamment trois 'Santé à bonne école' concoctés par l'asbl Question Santé.

Nous pouvons déjà vous annoncer un article remarquable sur l'humanisation de l'hospitalisation des enfants, ainsi que les réflexions toujours stimulantes du Professeur Jean-Pierre Deschamps à propos de l'éducation pour la santé et des milieux défavorisés.

En collaboration avec la Médiathèque, nous mettons aussi la dernière main à une présentation des cédéroms grand public en français consacrés à la santé. Attention les yeux et les oreilles!

Réabonnez-vous, qu'ils disent!

Voilà quelques bonnes raisons pour nous rester fidèle.

En effet, un an est vite passé. C'est le moment de vous réabonner à Education Santé si vous désirez continuer à recevoir notre mensuel en 1997. Renvoyez-nous dès aujourd'hui le bulletin en page 3. Ainsi, vous éviterez une interruption du service de notre revue. Avouez que ce serait dommage!

Christian De Bock, Rédacteur en chef

Ateliers Bruxelles

Février/mars 1997

Nombreuses sont les personnes qui souhaitent renouer un meilleur rapport avec leur corps, développer leur autonomie,...

Les Femmes Prévoyantes Socialistes de Bruxelles proposent dans leurs locaux (rue du Midi 118-120):

- un atelier diététique en 10 séances de 2h. Début du prochain cycle le 5/2 à 14h.

- un atelier alimentation en 12 séances de 2h. Début du prochain cycle le 26/2 à 18h30.

- un atelier gestion du stress en 12 séances de 2h. Début du prochain cycle le 4/3 à 18h30.

- des cours de gym douce d'1h le lundi ou mardi toute l'année.

L'atelier alimentation a aussi lieu au Foyer Culturel Jettois, Bd De Smet de Naeyer 145, à Jette. Début du prochain cycle le 13/3 à 18h30.

Informations et inscriptions: Mme Soetens, (02) 546 14 33.

Formation Liège

17 février 1997

Participer à la protection de l'environnement, éduquer les patients, favoriser l'hygiène et la sécurité dans les entreprises, promouvoir une alimentation saine, informer sur les problèmes de santé... Ces actions poursuivent le même objectif: sauvegarder notre environnement, améliorer la qualité de la vie ou rétablir la santé.

Ces actions ont besoin d'une bonne communication, une fonction qui, de nos jours, nécessite l'utilisation efficace des supports d'information et de communication: dépliants, affiches, messages publicitaires, vidéos, programmes ou didacticiels.

Les formations gratuites du CERES s'adressent à des demandeurs d'emploi de moins de 25 ans ou à des personnes inoccupées depuis plus de 10 mois, intéressées par la communication, la santé, l'environnement.

D'une durée de 17 semaines, de février à juin, elles se dérouleront au Val-Benoît, rue Stévert 2, bât. C1, 4000 Liège. Elles sont organisées par le

Centre d'enseignement et de recherche en éducation pour la santé de l'Université de Liège.

Une séance d'information aura lieu le lundi 17 février à 14 heures à la même adresse.

Renseignements: (04) 252 58 59.

Santé des adolescents Charleroi

11 mars 1997

Educa-Santé organise une session de formation à l'utilisation de *Sacado*, un outil de communication sur la santé avec les adolescents. *Sacado* doit permettre aux intervenants de créer un espace de communication avec les adolescents et pour ces derniers de concrétiser le mot 'santé'.

La formation s'adresse à tous les professionnels en contact avec les adolescents.

Ses objectifs:

- utiliser un outil original;
- adopter une méthode de travail active et interactive;
- rencontrer d'autres professionnels;
- découvrir les demandes des adolescents.

La formation se déroulera en trois temps:

1. première approche de l'outil
2. utilisation de l'outil en situation de travail
3. évaluation et approfondissement.

Les intervenants sont Martine Bantuelle, directrice d'Educa-Santé, et Axel Roucloux, consultant en éducation pour la santé et communication.

La formation aura lieu dans les locaux d'Educa-Santé, av. GI-Michel 1B, 6000 Charleroi, de 9h30 à 16h30, les mardis 11 mars et 20 mai 1997.

Le nombre des participants est limité à 14, et les frais d'inscription, 2.500 FB, doivent être versés au compte 068-1048070-12 d'Educa-Santé (mention: ES Formation Sacado et nom du participant) avant le 1er mars.

Renseignements complémentaires: 071/33.02.29.

Jeu La Hestre

12 mars 1997

"La santé en jeux": après-midi de sensibilisation à destination des ensei-

gnants, organisé par Ampli-Junior. Participation aux frais: 200 FB.

Renseignements: Ampli-Junior, rue Ferrer 114, 7170 La Hestre, tél. 064/27.94.15.

Audiovisuel Grande-Synthe (F)

Du 12 au 15 mars 1997

Médecinéma, 1er festival du film de santé, organisé par l'association Ciné-Santé, qui a pour objectif de sélectionner et promouvoir les films et documentaires ayant trait à la santé. Le thème du festival: "L'image des maux".

Un Forum Santé (dont c'est la 3e édition) aura lieu en prolongement de Médecinéma, sur le thème "Maux d'enfants et d'adolescents".

Contacts Médecinéma: Dr Pierre Casimiri, Centre médical Réaumur, F-59760 Grande-Synthe, tél. 28.21.61.20; Patrice Vermeersch, place de la Maison Communale 22, F-59760 Grande-Synthe, tél. 28.21.95.20, fax 28.21.95.30.

Contacts Forum Santé: Centre de Santé de Grande-Synthe, Geneviève Willot (Présidente), Danielle Dumont (Directrice), place de l'Europe, F-59760 Grande-Synthe, tél. 28.27.97.34, fax 28.27.86.99.

Sida La Louvière

24 avril 1997

"Le sida ou la rencontre de l'impensable", soirée (de 20 à 22h) organisée par le Centre de Promotion Conjugale et Familiale des Femmes Prévoyantes Socialistes du Centre.

Participation aux frais: 200 FB.

Renseignements: C.P.C.F., rue Warocqué 21, 7100 La Louvière, tél. 064/22.88.40.

Mémoire

L'ASBL "Au Fil du temps" propose aux personnes de 50 ans et plus l'organisation de groupes de la mémoire dans les quartiers ou maisons de repos en Brabant wallon.

Renseignements: ASBL "Au Fil du temps", rue Antoine Quintens 17, 5032 Corroy-le-Château, tél. 081/63.24.14 (Claire Couder) ou 02/387.24.14 (Valérie Mougel).

proche leur vécu et à crédibiliser les messages de solidarité auprès de la population générale.

Il souligne aussi la nécessité de dissocier dans cette communication le sida d'une part et les séropositifs ou malades d'autre part. *C'est le virus du sida qu'il faut exclure et non ceux qui en sont atteints.*

Quels objectifs ?

A court terme

Rendre compte de ce que vivent réellement les personnes touchées par la maladie et leur entourage (narration des expériences) et sensibiliser la population à ces expériences.

A moyen terme

Créer un climat favorable à la non-exclusion des personnes atteintes en réduisant les pratiques discriminatoires. Améliorer la qualité de vie de ces personnes, la qualité de leur environnement social et psychologique.

Rectifier les fausses croyances et les peurs parfois irrationnelles autour de la transmission du V.I.H.

A long terme

Maintenir et/ou améliorer la convention implicite de solidarité et de responsabilité mutuelle qui existe entre personnes atteintes et/ou à risque et les personnes non directement concernées: les premiers s'engageant à ne pas contribuer à la transmission du V.I.H., les seconds s'engageant à ne pas les exclure.

Favoriser, au sein de la population générale, l'adoption de comportements de prévention adaptés et d'attitudes non-excluantes, favoriser l'intégration des personnes les plus concernées.

Défendre les droits et les valeurs démocratiques: respect de la personne, lutte contre toute forme d'exclusion,...

Pour qui ?

La population dans son ensemble. Des publics plus exposés au V.I.H. via différentes institutions spécifiques qui relayeront l'action (diffusion du Journal auprès de leur public).

Comment ?

Signature générique de la campagne

C'EST LE SIDA QU'IL FAUT EXCLURE. PAS CEUX QUI EN SONT ATTEINTS.

Le Journal

Contenu : point sur l'information (questions récurrentes sur les modes de transmission et le dépistage, avancées thérapeutiques,...) et prise de parole sous forme de témoignages de personnes aujourd'hui directement concernées par le sida

Forme: 16 pages - format tabloïd

Diffusion : 400 000 exemplaires

- vers la population générale via les librairies de la Communauté française et les Agences locales de prévention;

- vers des publics particuliers via des relais institutionnels (CPAS, centres de planning familial, services sociaux, lieux d'accueil, bureaux de pointage, prisons,...).

Spots TV/radio

Contenu : différentes personnes (séropositifs, homosexuels, proches de séropositifs) témoignent de la manière dont elles vivent le sida aujourd'hui.

Forme : spot TV 45 sec - spot radio 60 sec.

Succession de différents plans sur le mode d'un reportage.

Diffusion : RTBF- RTL Télévision durant 15 jours à partir du 22/11/96.

Affichage

Contenu : différentes personnes (séropositifs, proches de séropositifs) témoignent de la manière dont ils vivent le sida aujourd'hui.

Forme : 2 formats: Abribus et 40/60cm
4 sujets-témoignages différents joints en annexe.

Diffusion : réseau City pour les Abribus.

1000 emplacements dans l'ensemble des villes de la Communauté française. Agences locales pour 6000 affichettes reprenant leurs coordonnées.

Presse quotidienne

Contenu : rappel des liens entre information et non-exclusion.

invitation à la population générale à lutter contre l'exclusion.

Forme : 1 page noir et blanc.

Diffusion : parution le 29 novembre dans La Meuse, La Wallonie, La Nouvelle Gazette, La Libre Belgique, La Dernière Heure, Le Soir, Vers l'Avenir.

parution d'un bandeau/annonce reprenant les coordonnées des Agences locales dans l'Encyclopédie Santé du journal Le Soir, le 26 novembre.

parution d'un témoignage (cf. affiche) dans les journaux C4, Macadam, SDF.

Livre

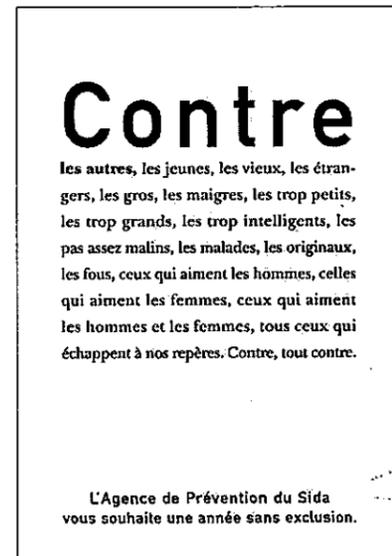
Titre: "Pas de soleil en Alaska", par Xavier Deutsch.

Contenu : livre pour enfants à partir de 10 ans.

Ce conte métaphorique évoque le sida, l'amour, la maladie, la mort, l'exclusion et la solidarité. On y découvre un petit peuple désorienté par l'arrivée soudaine d'une épidémie cruelle et inconnue, un médecin fou de chagrin parce qu'il ne comprend pas et des étoiles qui papotent.

Forme: Livre Espace Nord Junior n°7 - Roman 144 pages - 249 fb.

Diffusion : Disponible dans toutes les librairies. De plus, un exemplaire gratuit est à la disposition des écoles primaires qui le souhaitent.



Carte de vœux

Contenu: manifeste contre l'exclusion

Forme: carte postale pouvant faire office de carte de vœux.

Diffusion: réseau Boomerang soit cafés, restaurant, club vidéo,... en Communauté française.

Avec qui ?

L'ensemble des organismes thématiques et des Agences locales de prévention pour la réalisation du Journal, Aide Info Sida et Ex Aequo pour la réalisation des spots audiovisuels.

Rubrique réalisée en collaboration avec l'Agence de Prévention du Sida.

Réabonnez-vous sans tarder!

Education Santé est, comme vous le savez, une revue gratuite, et ce grâce au soutien financier de la Communauté française de Belgique.

Vous êtes actuellement plus de 2500 à la recevoir chaque mois (environ 2100 en Belgique et 400 à l'étranger).

Nous vous demandons en ce début d'année de nous confirmer votre intérêt pour notre revue en nous renvoyant ce bulletin. Cela concerne tous les abonnés, en Belgique comme à l'étranger, fidèles de la première heure et derniers venus (sauf si vous

êtes abonnés le mois dernier). Ne soyez pas parmi ceux qui, dans quelques mois, s'étonneront de ne plus recevoir Education Santé, et nous demanderont des numéros manquants épuisés pour mettre à jour leur collection!

Bulletin de réabonnement à Education Santé

*Veillez nous renvoyer sans tarder ce bulletin de réabonnement, à l'adresse suivante:
Education Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles, ou le faxer au numéro 02/237.33.10.*

M. - MME - MLLE NOM et PRENOM:

ADRESSE où la revue doit être envoyée:

rue:

code postal: localité:

Cette adresse est privée professionnelle

LIEU D'ACTIVITE (nom et adresse de l'institution si ces données diffèrent de celles mentionnées ci-dessus):

nom de l'institution:

rue:

code postal: localité:

PROFESSION ou FONCTION (merci de nous donner une description la plus complète possible):

• Sciences de la santé:

infirmier médecin autre:

• Sciences humaines et sociales:

assistant social sociologue autre:

• Enseignement: maternel et primaire secondaire supérieur

Précisez:

• Etudiant en:

• Autre:

Précisez éventuellement le domaine de l'éducation pour la santé qui vous occupe principalement:

Veillez nous signaler tout changement d'adresse éventuel, afin de ne pas interrompre votre abonnement.

Un nouveau cadre légal pour la promotion de la santé

Décentralisation, transparence, cohérence, partenariat public-privé

Tels sont les mots-clés caractérisant les intentions de Laurette Onkelinx, Ministre-Présidente du Gouvernement de la Communauté française de Belgique, chargée de la Promotion de la Santé.

Cette dernière souhaite réformer profondément l'organisation d'une partie du secteur de la médecine préventive (environ 500 millions), qui est de sa compétence.

Vu l'importance de la question, nous reprenons ci-dessous le texte intégral du dossier de presse réalisé au début décembre.

Nous ne manquerons pas de revenir sur le sujet lorsque l'avant-projet aura pris force de loi...

Les grandes lignes du projet de décret réorganisant la Promotion de la Santé

Depuis la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980, la Communauté française est compétente pour l'éducation sanitaire ainsi que les activités et services de médecine préventive, à l'exception des mesures prophylactiques nationales (la vaccination anti-polio est la seule mesure prophylactique nationale à l'heure actuelle). Les actions de médecine préventive sont celles qui ont une portée collective, on citera entre autres les campagnes d'information ou de sensibilisation auprès de la population en général ou de publics-cibles déterminés.

La notion d'éducation sanitaire a évolué vers celle de "Promotion de la Santé", et elle a connu ces dernières années de profonds bouleversements. Ainsi aujourd'hui, la promotion de la santé se focalise moins sur la correction des conduites individuelles mais vise plutôt à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé (mode de vie, alimentation,...), dans le but de l'améliorer. Être informé, pour agir en individu et en citoyen responsable. Elle privilégie l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité so-

cial. Ce passage du concept d'éducation pour la santé à celui de promotion de la santé s'inscrit dans la ligne des recommandations des experts internationaux.

Il va de soi que la politique de médecine préventive et de promotion de la santé de la Communauté française ne se conçoit pas de manière isolée: des concertations régulières sont organisées avec les autres pouvoirs compétents en matière de santé, en Belgique et à l'étranger (O.M.S., Communauté européenne).

Le passé

En exécution d'un Arrêté de l'Exécutif de la Communauté française du 8 novembre 1988, trois types d'acteurs avaient été mis en place:

- une "Cellule permanente Education pour la Santé", assistant le (la) Ministre dans la définition d'une politique, émettant des recommandations, et rendant des avis sur l'agrément de nouveaux services et sur la faisabilité des programmes d'éducation pour la santé;
- un "Centre de coordination communautaire", des "Commissions locales de coordination" et des "Services aux éducateurs", ensemble constituant une infrastructure permanente devant permettre la mise sur pied de programmes spécifiques d'éducation pour la santé, à la disposition de toute personne-relais ou institution souhaitant mener une activité en cette matière;
- des programmes d'actions ou de recherche, s'appuyant sur l'infrastructure permanente afin de mener à bien un objectif précis et limité dans le temps, l'espace ou la thématique.

D'autres aspects de l'éducation pour la santé étaient pris en charge par d'autres services: en ce qui concerne l'éducation pour la santé en milieu scolaire notamment, ou encore dans le domaine du sida, qui relève de l'Agence de Prévention du Sida, créée par le décret du 16 avril 1991.

L'agrément de Services d'éducation pour la santé et la création de la Cellule permanente d'éducation pour la santé ont permis de sélectionner des programmes de recherches et d'actions de qualité, et de les coordonner. Cette structuration a également permis de

remédier au statut précaire des travailleurs du secteur et d'inscrire leurs actions dans la durée.

Toutefois, au fil du temps, un certain nombre de difficultés sont apparues:

- la politique d'éducation pour la santé n'a fait l'objet que de simples recommandations, ce qui n'a pas facilité la coordination des actions;
- le nombre de services agréés a cru beaucoup plus vite que le volume global des ressources affectées à la prévention, ce qui a entraîné une certaine dispersion des efforts;
- le secteur a plus privilégié l'amélioration et le développement de ses spécificités que la diffusion des initiatives prises en matière d'éducation pour la santé, lesquelles sont restées mal connues du public et des éducateurs, et n'ont pu adéquatement bénéficier du soutien des partenaires locaux dont elles avaient besoin pour s'épanouir;
- certains Services aux éducateurs sont devenus progressivement des promoteurs de projets, en faisant parfois passer au second plan leurs missions d'appui logistique aux Commissions locales. Les thèmes de prévention n'ont guère évolué. Par ailleurs, les secteurs d'activité de certains Services aux éducateurs ne relèvent plus des compétences de la Communauté française depuis l'entrée en vigueur du décret du 19 juillet 1993;
- certaines Commissions locales n'ont pas joué avec suffisamment d'efficacité le rôle qui leur était imparté.

Le projet

Le Gouvernement soumettra à l'approbation du Conseil de la Communauté française un projet de décret-cadre visant à adapter les règles existantes au nouveau concept de "Promotion de la Santé". Il prévoit essentiellement l'élaboration et la mise en oeuvre d'un schéma directeur, la décentralisation de la promotion de la santé, dans tous ses aspects, au niveau d'organismes-relais associant pouvoirs publics et personnes privées. Cette nouvelle optique s'appuie sur les stratégies récentes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), telles qu'elles sont énoncées dans le rapport "Les buts de la santé pour tous" de septembre 1991:

Campagne de lutte contre l'exclusion des personnes séropositives

S'appuyant sur le post-test de la campagne 95 dont Education Santé a publié les résultats, l'Agence de Prévention du Sida a lancé le 1er décembre dernier, à l'occasion de la Journée Mondiale du Sida, une campagne de lutte contre l'exclusion des personnes séropositives.

Pourquoi?

Dès le début de l'épidémie, l'Organisation Mondiale de la Santé a préconisé le développement d'un axe "solidarité" dans les politiques de prévention du sida, ceci pour des raisons tant éthiques que de santé publique.

L'objectif général des actions de solidarité est de réduire le clivage qui pourrait se produire entre les personnes contaminées et les personnes "saines" en luttant contre des attitudes et des mesures discriminatoires et en favorisant la responsabilité individuelle et collective.

En Communauté française, comme dans d'autres pays, cet axe de communication est mis en oeuvre autour du 1er décembre, décrétée Journée Mondiale du Sida par l'O.M.S.

La lutte contre la discrimination des séropositifs (et plus largement des personnes les plus exposées au V.I.H.) et la prévention des risques de transmission du sida sont néanmoins étroitement liées. Elles présupposent, toutes deux, un bon niveau d'information de la population.

A cet égard, des études sociologiques¹ montrent qu'au-delà d'une bonne connaissance globale, subsistent, dans une partie de la population, des croyances en des modes de contamination erronés et en des moyens de protection non fiables. Ces recherches constatent également un lien entre les "attitudes discriminatoires" et le niveau d'information.

Être informé est une condition nécessaire mais insuffisante à la prévention et à l'acceptation sociale des séropositifs.

Les messages de prévention et de solidarité, pour être entendus et compris, doivent être validés par la vérité qu'on peut, de par sa propre expérience, leur

reconnaître: *cette situation, je la comprends car je la vis ou je pourrais la vivre.*

Sans quoi, le sida et le risque qu'il représente, tout comme les personnes qui y sont le plus exposées, restent une réalité abstraite, éloignée du vécu de tout un chacun.

En ce sens, donner la parole aux personnes les plus exposées et les plus touchées par le V.I.H. est un élément fondamental de la communication publique sur le sida.

Cette prise de parole et la solidarité entre les personnes atteintes et/ou à risque et le reste de la collectivité participent clairement d'une politique de santé publique qui s'appuie davantage sur la responsabilisation que sur la répression.

Politique qui s'inscrit donc, plus largement, dans la défense des valeurs et des droits démocratiques.

Dans quel cadre?

Par rapport à l'exclusion, les post-tests réalisés après les campagnes précédentes menées par l'Agence de Prévention du Sida montrent une bonne acceptation générale des séropositifs et des malades: plus de 90% des personnes interrogées pensent qu'il ne faut pas isoler les séropositifs du reste de la population. Néanmoins, quand le contact avec le séropositif est plus impliquant, plus proche, les résultats sont plus nuancés. Dans l'enquête nationale précitée, seulement 61,2% des personnes interrogées pensent qu'elles accepteraient de confier leur enfant à la garde d'une personne séropositive. Dans les post-tests de campagne, 44,7% des personnes interrogées estiment que si un de leurs collègues était contaminé par le V.I.H., elles devraient en être averties, même sans son consentement.

Cette bonne tolérance générale peut également se différencier en fonction de la voie par laquelle la personne séropositive s'est contaminée: transfusion sanguine, toxicomanie, homosexualité,...

Par rapport à l'information, là aussi, si on constate un bon niveau global d'in-

formation de la population, celui-ci n'est pas réparti de manière égale dans l'ensemble de la Communauté française: croyances erronées plus répandues dans les classes défavorisées qui sont aussi plus difficiles à toucher.

Les études démontrent un climat globalement favorable à la tolérance vis-à-vis des personnes séropositives. Ce climat est renforcé par les comportements responsables et préventifs généralement adoptés par les personnes atteintes.

Cette problématique de l'exclusion des séropositifs a été abordée à travers plusieurs campagnes en Communauté française, tantôt à travers des messages de sensibilisation générale "Je suis séropositif. Pour le moment, la seule maladie que je développe, c'est la solitude", "Je suis malade du sida. Si je meurs, ce ne sera pas de honte" (décembre 1993), tantôt à travers des messages plus contextuels "Mon bébé est séropositif. Tout ce que vous risquez en le prenant dans vos bras, c'est de vous y attacher." "A condition de ne pas mélanger le sexe et le travail, il n'y a aucun risque de transmission du virus du sida dans l'entreprise" (décembre 1994).

Un pré-test qualitatif de cette campagne 96 réalisé en septembre dernier confirme globalement une bonne acceptation des actions de solidarité comme un axe de communication différencié de celui de la réduction des risques de transmission.

Il confirme également que le recours aux témoignages de personnes directement concernées par le sida, par l'interpellation émotionnelle qu'ils engendrent, est de nature à rendre plus

¹ A titre d'exemple, l'enquête nationale menée en 1993 par le C.E.S. Saint-Louis et l'Universitaire Instelling van Antwerpen "Les comportements des Belges face au sida" indique que 15% des personnes interrogées pensent qu'un rapport sexuel n'est dangereux que s'il a lieu entre deux hommes; 11,2% pensent qu'on peut attraper le virus du sida en s'asseyant sur une planche de WC; 9,1% pensent qu'on peut attraper le virus du sida en buvant dans le verre de quelqu'un; 13,4% en embrassant quelqu'un sur la bouche; 12,4% par une piqûre de moustique; 31,7% des personnes interrogées pensent qu'on peut attraper le virus du sida en donnant son sang.

Vers une génération sans tabac...

Guide pratique européen destiné aux intervenants

Les 4 et 5 novembre 1993, la Ligue Nationale française contre le Cancer organisait à Montpellier une rencontre européenne des clubs de jeunes non-fumeurs. Dix pays européens étaient représentés pour entamer une réflexion sur les problèmes liés à la prévention du tabagisme auprès des jeunes. Parmi les conclusions de ces journées figurait la volonté de mener un certain nombre d'actions communes destinées à consolider l'efficacité du réseau "Prévention Tabac chez les jeunes".

La réalisation du guide pédagogique intitulé "Vers une génération sans tabac" est la première de ces coproductions européennes. La Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé (F.A.R.E.S.) y a activement collaboré.

Il s'agit d'un guide "pratique" conçu pour des intervenants d'horizons divers (animateurs de clubs anti-tabac, enseignants, éducateurs en santé, infirmières de centres IMS ou PMS, etc.) ayant un minimum de connaissances en matière d'éducation à la santé. Sa présentation se veut simple et il contient délibérément peu de notions scientifiques. Il offre une base de réflexion sur la psychologie des enfants et des adolescents et propose des modes d'intervention pour encourager des comportements de vie saine chez les jeunes.

L'éducation relative au tabagisme doit s'inscrire dans le cadre d'une approche globale de la santé. Pour développer des attitudes et des comportements de bien-être sans tabac, il est nécessaire de s'attarder sur l'environnement du jeune mais aussi sur son développement psychosocial. Pour développer une intervention de manière efficace, diverses fiches d'activités sont proposées. Elles sont adaptées à l'âge des jeunes (7/10 ans et 11/14 ans) et correspondent à différents domaines d'intervention ("savoir", "savoir être", "savoir faire").

A titre d'exemple, découvrons l'une d'elles.

COMMENT DIRE «NON»

TECHNIQUE :
Jeu de rôle / théâtre forum

OBJECTIF :
Mettre le jeune dans des situations où il aura la possibilité d'explorer ses arguments, de tester sa force de persuasion et de renforcer sa résistance à l'influence de ses pairs et de la publicité.

DURÉE DE L'ACTIVITÉ :
1 heure ou plus

DÉROULEMENT DE L'ACTIVITÉ :

1. Proposez aux jeunes de réaliser de mini-scènes sur des thèmes précis (cf. verso A). Demandez-leur de choisir les personnages qui vont être présents dans la scène ainsi que ceux, parmi eux, qui veulent jouer. Montrez la valisette et remettez-la aux acteurs.
2. Laissez quelques minutes aux acteurs afin qu'ils se préparent. Ceci fait, ils peuvent jouer à 5 minutes tandis que le reste des jeunes va observer sans aucune consigne.
3. Après 5 minutes, stoppez le jeu. Les acteurs, et ensuite les observateurs, expriment ce qu'ils ont ressenti ou observé. Votre rôle consistera à effectuer la synthèse avec les jeunes tout en orientant les propos vers les attitudes observées (fumer ou ne pas fumer) (Qui ont été misés comme outil ? Pourquoi ces choix ?).
4. Préparez un second jeu de rôle qui, cette fois, comporte des consignes (cf. verso B). Formez autant de groupes que d'acteurs prévus pour la scène. Essayez d'attribuer à chaque groupe de choisir le rôle qu'il veut tenir. Le rôle du groupe consiste à préparer l'argumentation de celui d'entre eux qui ira sur scène.
5. Laissez 5 minutes de préparation, ensuite faites jouer la scène durant 5 à 10 minutes. Celui qui vient à court d'arguments peut stopper le jeu une minute pour se ressourcer dans son groupe ou se faire relayer par l'un d'eux.
6. Au bout de 10 minutes, chacun est invité à s'exprimer sur ce qu'il a vécu ou vu. Si des divergences se présentent entre le porte-parole et l'un ou l'autre membre de son groupe, il est invité à aller prendre sa place et l'on rejoue quelques minutes.
7. Enfin, 5 minutes avant la fin de la séance, veillez à faire une petite synthèse.

MATÉRIEL NÉCESSAIRE :
Valisette d'acteur comprenant diverses cassettes (bière), 1 paquet de cigarettes, 1 briquet, des chips, un foulard, une radio, etc...

Sujets de mises en situation (cf. verso)

MÉMENTO DE L'INTERVENANT

Laissez les jeunes exprimer leur vécu librement. Mettez suffisamment de supports adéquats avec les mises en scènes proposées.
Soyez attentif au timing.

Activité n°14

La fiche d'activité n°14 intitulée "Comment dire non" s'adresse à un public âgé de 11 à 14 ans et fait appel au domaine du "savoir faire". La technique utilisée est le jeu de rôle et le théâtre forum. Son objectif consiste à mettre les jeunes dans des situations où ils auront la possibilité d'exprimer leurs arguments, de tester leur force de persuasion et de renforcer leur résistance à l'influence de leurs pairs et de la publicité. Le matériel nécessaire consiste en une valisette d'acteur à constituer soi-même. Des sujets de mise en situation sont proposés au verso de la fiche. Il s'agit d'une part de situations avec choix d'acteurs libre (*libre expression ou expression dirigée*) et d'autre part de situations avec choix d'acteurs orienté (*Jeu de clan/théâtre forum*). La durée de l'activité est en moyenne de 45 minutes à 1 heure. Un bref descriptif de son déroulement apparaît complété par le "mémento de l'intervenant" qui prodigue un dernier conseil.

L'évaluation est incontournable dans le domaine de l'éducation pour la santé comme dans les autres domaines de la vie éducative, sociale et professionnelle. Mais l'évaluation d'une ac-

tion de prévention ne doit pas être une mode ni un alibi. C'est une démarche qui s'intègre complètement à l'intervention menée. Une fiche "évaluation" est proposée afin de procéder à un questionnaire systématique après chaque intervention. Elle permet:

- d'analyser son déroulement, le choix de l'outil, le respect des modalités et des stratégies envisagées;
- d'apprécier le travail réalisé (objectifs, méthodologie, résultats obtenus);
- d'intégrer l'expérience acquise et de progresser dans la pratique des interventions;
- de se pencher sur le suivi ou le prolongement à opérer (idées émises par les

jeunes à mettre en pratique, suivi à réaliser par l'enseignant en cas d'intervenant extérieur à l'école, suggestion d'adhésion à un club "génération non-fumeur", etc).

L'information doit faire partie de l'intervention sans toutefois prendre le pas sur le vécu des jeunes. Elle vient clarifier ou conforter leurs propos. Une série de fiches "notions de base" complète cet outil. Elles portent sur les méfaits du tabac, la dépendance, le tabagisme passif, ainsi que sur l'environnement et l'économie. Elles comportent aussi une série de questions que peuvent se poser les jeunes ainsi que des suggestions de réponses.

Ce manuel est disponible sous forme de prêt dans l'ensemble des Commissions Locales de Coordination en Education pour la santé, ainsi qu'auprès de la F.A.R.E.S.

Pour toute information, contacter Caroline Rasson, responsable du Service aux éducateurs chargé de la prévention du tabagisme en Communauté française, F.A.R.E.S., rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles - Tél. 02/512.29.36 - Fax 02/512.32.73. ■

"Une participation large et active aux activités relevant de la santé pour tous est encouragée au moyen des structures et des processus se situant aux niveaux international, national, régional et local. Il faut obtenir la coopération d'une large gamme de partenaires et permettre en outre:

- la communication entre partenaires;
- la fixation de priorités, la planification des actions et des décisions;
- la décentralisation de la prise de décisions;
- la diffusion des informations sur les questions de santé;
- le soutien aux activités des associations locales;
- la mise en place d'incitants facilitant l'action intersectorielle".

Objectifs de la réforme

La nouvelle structure de "la Promotion de la Santé" veut répondre aux objectifs suivants:

1. Associer les milieux scientifiques et les acteurs de terrain à la définition des priorités à rencontrer en médecine préventive et en Promotion de la Santé en Communauté française.

Un Programme quinquennal et un Plan communautaire de Promotion de la Santé annuel seront arrêtés par le Gouvernement après consultation des partenaires concernés. Ils contiendront les lignes directrices et les priorités de la politique de promotion de la santé de la Communauté, auxquelles devront se conformer les services qui seront agréés et les acteurs candidats à une subvention. Ils intégreront également la politique de prévention, notamment celle du sida, de la toxicomanie et de la tuberculose. Le Plan communautaire reprendra chaque année les priorités sur lesquelles on veut principalement mettre l'accent. Exemples: la prévention du cancer du sein, la promotion d'une alimentation saine, ... Ce plan annuel s'inscrira dans le cadre général du Programme quinquennal, qui assurera la cohérence et la continuité des actions.

Un organe d'avis centralisé, le Conseil supérieur de Promotion de la Santé, sera créé pour remplacer la Cellule permanente d'Education pour la Santé et le Conseil communautaire consultatif de Prévention pour la Santé. Ce Conseil supérieur de Promotion de la Santé sera composé de membres représentant les milieux académiques et scientifiques, et les secteurs de la

Communauté française où devront être mis en oeuvre le Plan communautaire de Promotion de la Santé. Le Conseil supérieur interviendra au niveau de la préparation de l'avant-projet de programme quinquennal et de plan communautaire; il donnera également son avis lorsque le projet définitif aura été établi par le Ministre ayant la Promotion de la Santé dans ses attributions.

2. Décentraliser la prévention et la Promotion de la Santé en partenariat avec les acteurs locaux, afin d'être plus proche de la population.

Les anciennes Commissions locales de coordination seront transformées en Centres locaux de Promotion de la Santé. Avec un financement mieux approprié et des missions accrues, ces Centres seront, indépendamment des missions qui leur seront assignées par leurs membres, de véritables plateformes chargées de coordonner la décentralisation de la politique de la Communauté française en matière de promotion de la santé. Chaque centre local sera composé d'une équipe pluridisciplinaire possédant les compétences permettant de répondre aux différentes problématiques en rapport avec la promotion de la santé, y compris la toxicomanie et la prévention du sida. Des synergies seront encouragées avec les Provinces, les Villes, les C.P.A.S. et les autres organismes publics et privés qui travaillent dans ces domaines, de manière à renforcer l'efficacité des actions et à étendre les services offerts à l'ensemble de la population.

3. Encourager les nouvelles initiatives

Des subventions pourront être accordées à des projets ou des recherches, menés par des acteurs ou services de recherche d'origine locale ou à vocation communautaire. Les différents organes et acteurs pourront bénéficier de l'aide de services communautaires, à vocation logistique et méthodologique.

4. Stabiliser les financements, afin de permettre la continuité des projets.

Dans le passé, les organismes subventionnés ne pouvaient compter que sur des aides fixées sur base annuelle, les reconductions de crédits d'année en année étant aléatoires. D'une manière générale, le budget consacré à la Promotion de la Santé sera dorénavant re-

distribué dans un souci de plus grande efficacité. Par ailleurs, le regroupement de compétences permettra de réaliser des économies d'échelle, qui seront réaffectées afin de renforcer les moyens de la nouvelle politique de décentralisation. Afin de permettre la continuité des actions, le principe de subventions garanties sur base pluriannuelle (5 ans) a été retenu.

Planning de mise en oeuvre du décret

Le Gouvernement souhaite que la transition vers les nouvelles structures soit organisée de manière harmonieuse.

Un délai d'un an est donc prévu afin de permettre au Conseil supérieur de Promotion de la Santé d'élaborer ses propositions, et au Gouvernement d'approuver le premier Programme quinquennal qui fixera les priorités de la Communauté française en matière de Promotion de la Santé.

Pendant cette période, les organes et les subdivisions actuels seront maintenus.

Cette année de transition devra être mise à profit par les institutions pour s'adapter aux nouveaux concepts et s'intégrer de manière optimale dans la nouvelle organisation.

Comment obtenir un agrément? Comment introduire une demande de subvention?

Lorsque le projet de décret aura été approuvé par le Conseil de la Communauté française, le Gouvernement fixera par arrêté les procédures d'introduction des demandes d'agrément ou de subvention.

Un formulaire-type sera élaboré, afin de faciliter le travail des demandeurs, et de standardiser le traitement des dossiers par l'administration et par les organes compétents (Conseil supérieur ou Centres locaux, selon les cas). Cette méthode devrait permettre un traitement accéléré des demandes et donc une prise de décision rapide à leur sujet.

Il faut ajouter que des "Services communautaires", à vocation logistique, auront pour mission d'aider les demandeurs pour l'établissement de leur dossier, afin qu'il ait les meilleures chances d'aboutir, s'il est cohérent et s'il s'inscrit dans le cadre des priorités fixées dans le Programme quinquennal. ■

La santé dans les préoccupations des municipalistes

Depuis plusieurs années, l'IPHS (Province de Namur) et Educa-Santé (Charleroi), deux institutions de promotion de la santé, collaborent avec des décideurs communaux.

Ces collaborations se sont établies à partir de leurs demandes, de demandes d'administrations communales ou encore à partir d'associations. La plupart sont des communes de moins de trente mille habitants voire même de moins de vingt mille habitants.

Le rôle joué par nos deux institutions s'est modifié selon les situations. Nous avons joué des rôles de conseillers méthodologiques souvent dans des projets thématiques axés sur la prévention des accidents, du tabagisme et du sida. Nous avons joué des rôles de planificateurs de programmes, des rôles de pourvoyeurs de ressources, des rôles de médiateurs, entre le politique étatique et les décideurs locaux, entre le politique local et les associations.

Quelques observations frappantes

Nous avons relevé l'existence simultanée d'une **multiplicité de projets** axés sur la santé, sur l'environnement, sur la sécurité ou sur l'amélioration du cadre de vie. Le plus souvent ces projets sont soutenus par les mêmes acteurs (puisque nous nous trouvons dans des villes de petite dimension) et ne trouvent aucune articulation les uns avec les autres.

Deuxième observation: un **partenariat ponctuel**, établi entre le public et l'associatif, sans aucun aspect durable.

Troisième observation: le **rôle fonctionnel** qui est donné aux associations dans la mise en place de projets et d'activités.

Quatrième observation: la **conception de la santé**, considérée soit comme une matière institutionnalisée (c'est-à-dire située dans une structure, comme par exemple un centre de santé ou une maison médicale), soit comme une responsabilité d'Etat et non une responsabilité communale, ou encore comme un objet médiatique utile pour renforcer une visibilité.

Cinquième observation: les **difficultés d'organisation** liées à l'absence d'intégration des tâches qui sont liées à une activité non habituelle des administrations et des associations et qui souvent ne sont portées que par l'une ou l'autre personne motivée ou désignée.

Sixième observation: le **manque d'intégration et de participation de la population** dû dans certains cas à la crainte des élus d'être dépossédés de leurs prérogatives ou encore à l'absence de pratiques de la population elle-même qui ne conçoit pas les modalités de sa participation.

Septième observation: les **décideurs et les associations font de la santé sans le savoir**, ils n'ont pas conscience que les décisions qu'ils prennent ont un impact sur la santé, que cet impact soit positif ou négatif.

A ces observations sont venues s'ajouter les conclusions que l'association Question Santé (Bruxelles) a tiré d'une action pilote. Cette action pilote centrée sur une étude de faisabilité pour la mise en place d'une commission communale de promotion de la santé a été menée auprès de trois communes et a mis en évidence un certain nombre d'obstacles à la mise en place d'une telle initiative.

Elle révèle principalement:

- des conflits de leadership entre le public et le privé;
- des changements de politique qui sont souvent liés au changement d'hommes et de femmes politiques;
- un manque de formation globale et plus spécifiquement à la démarche de santé communautaire;
- une non-reconnaissance par les décideurs de la nécessité de temps pour la maturation d'un projet communautaire et d'une démarche collective. On veut travailler trop vite, sans respecter le rythme de la communauté.

Une enquête auprès des décideurs

En regard de ces observations et afin de mieux cerner la position des élus et des décideurs, dix décideurs politiques (bourgmestres, échevins,

conseillers) ont été interviewés. Cela a permis de percevoir les déterminants de leurs décisions: que ce soit le choix d'une action, le fait de prendre en compte (ou non) la santé dans une politique communale et encore la capacité de pouvoir mettre en oeuvre ce type de projet, de le gérer et de le soutenir dans la pérennité au sein de leurs communes.

Les déterminants au choix d'une action

La visibilité du problème

Le choix d'entamer telle ou telle action est influencé par la **publicité faite au problème**. Un bourgmestre dit prendre en compte de manière habituelle et intégrée la sécurité routière dans sa commune mais ne pas devoir prendre en compte la prévention des accidents domestiques, ceux-ci étant de la sphère privée et du domaine privé de la population.

Deuxième élément de visibilité: la **médiatisation**. On choisit une action parce que ce thème est très médiatisé comme par exemple la prévention du sida.

Troisième élément de visibilité: la **pression**. Un problème est pris en compte parce qu'il est révélé par un groupe qui s'organise et qui joue un rôle de pression dans la commune.

L'existence de structures à l'intérieur de la commune

Structures dites "**de confiance**", reconnues par la population ou structures de **proximité** familières à la population. Deux exemples: un centre de santé reconnu pour la qualité de ses soins dans le traitement des affections respiratoires développe en son sein un centre d'aide à l'arrêt du tabagisme. Une structure d'animation de quartiers pour les jeunes organise à l'intérieur de sa structure une consultation sur la sexualité et la prévention des maladies sexuellement transmissibles.

La personnalité du décideur

Que disent ceux-ci sur la manière de décider de leurs collègues ou de leur bourgmestre?

Ils relèvent l'**influence de la formation:**

Maladie cardio-vasculaire

- GHENNE H., DELVAUX J.-M., Rendez-vous avec votre coeur. Un dossier pédagogique conçu avec et pour des enseignants, n°104, 01/96, p.13
- BANTUELLE M., HOEFFELMAN F., La campagne de presse 1996 de Carolo Cardio Santé, n°111, 10/96, pp.21-23

Médicament

- Les notices de médicaments sont-elles lisibles?, n°104, 01/96, pp.14-15
- HABRAKEN H., Somnifères et maison de repos, n°105, 03/96, pp.17-18
- TAEYMANS B., Action médicaments à Mouscron, n°108, 06/96, pp.14-15
- Une journée d'étude sur les jeunes et les médicaments, n°112, 11/96, pp.12-13

Milieu défavorisé

- LAHOURATATE J., THIRIET F., MICHAUD C., et al., Approches individuelle, collective et communautaire de la santé: des réponses variées à la problématique complexe de la précarité, n°105, 03/96, pp.13-14
- LECHIEN X., BOURLET S., Les cuisines-rencontres, une démarche d'insertion sociale et de promotion de la santé, n°110, 09/96, pp.10-14
- DJIBOIS S., Quand des jeunes tracent un chemin de santé. Récit d'une expérience, première partie, n°111, 10/96, pp.2-9
- DJIBOIS S., Quand des jeunes tracent un chemin de santé. Récit d'une expérience, seconde partie, n°112, 11/96, pp.4-10

Milieu de travail

- L'alimentation dans l'entreprise, n°106, 04/96, p.14

Périnatalité

- Promotion de l'allaitement maternel, n°104, 01/96, p.14
- Prévention de la mort subite du nourrisson, n°107, 05/96, p.23
- LEONARD I., MALICE A., LEURQUIN M.-M., La sécurité du sommeil de l'enfant: l'expérience de cliniques de la région liégeoise, n°111, 10/96, pp.13-17

Politique de santé

- DE GRANGES N., Les centres communautaires de santé, n°106, 04/96, p.15
- Santé bruxelloise, n°113, 12/96, p.3

Promotion de la santé

- LECHIEN X., L'assistant social, futur partenaire de la promotion de la santé?, n°104, 01/96, pp.4-5
- LAHOURATATE J., THIRIET F., MICHAUD C., et al., Approches indivi-

duelle, collective et communautaire de la santé: des réponses variées à la problématique complexe de la précarité, n°105, 03/96, pp.13-14

- RENAUD M., BOUCHARD L., Pour un nouveau paradigme de la santé, n°106, 04/96, pp.2-7
 - SCHOONBROODT C., GELINAS A., La prévention par le changement émerge: apprendre à gérer les problèmes!, n°108, 06/96, pp.3-9
 - DE BOCK C., Images de la santé, n°108, 06/96, pp.26-28
 - DECCACHE A., 7ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Introduction. Promotion de la santé et santé du public: vers de nouveaux enjeux?, n°109, 07/96, p.2
 - LONFILS R., 7ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. La participation, renforcement des valeurs et normes de la société?, n°109, 07/96, pp.3-5
 - LARROSE B., 7ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. La conflictualité en éducation pour la santé, n°109, 07/96, pp.5-7
 - RENARD C., 7ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. L'approche participative en recherche-action, n°109, 07/96, pp.15-17
 - PIETTE D., 7ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Le besoin d'informations en promotion de la santé, n°109, 07/96, pp.18-21
 - Pas facile de trouver un slogan... social!, n°111, 10/96, pp.23-24
 - Inhumaine promotion de la santé?, n°112, 11/96, p.23
 - HARVEY G., L'autogestion, une stratégie d'intervention pour la santé, n°113, 12/96, pp.7-12
 - VEGAIRGINSKY C., Bibliothèques publiques: un nouveau réseau de distribution pour la promotion de la santé?, n°113, 12/96, p.20
- Santé mentale**
- JANZYK V., Des ateliers pour être moins seuls, n°105, 03/96, p.16
 - PANZER - NOSKOWICZ F., 7ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Boulimie, n°109, 07/96, pp.10-12
 - NAVARRO F., PIETTE D., DE CLERCQ M., VRANCKX A., La santé mentale des jeunes bruxellois. Résultats d'une enquête auprès des jeunes de l'enseignement secondaire en région de Bruxelles-Capitale, n°113, 12/96, pp.4-7
 - BOUAMAMA S., Une jeunesse en quête de sens, n°113, 12/96, pp.12-13

- JANZYK V., Châtelet et le lâcher prise, n°113, 12/96, pp.22-23

Service de santé

- Le Réseau des 'Hôpitaux sans tabac', n°111, 10/96, p.17
- Le métier de généraliste, on en parle!, n°113, 12/96, p.21

Sexualité

- DELVILLE J., MERCIER M., Respect de la personne, sexualité et intimité, n°104, 01/96, pp.5-6
- Contraception en question (Supplément), n°111, 10/96

Sida

- La santé... à bonne école n°5. Dossier: le sida (supplément), n°105, 03/96
- MEREMANS P., 7ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Une éthique de la prévention du sida ou le choix du sujet, n°109, 07/96, pp.7-8
- Imaginez un outil pour parler du sida, n°110, 09/96, p.24
- Le Journal du sida: évaluation d'une campagne, n°112, 11/96, pp.20-22
- VEGAIRGINSKY C., Bibliothèques publiques: un nouveau réseau de distribution pour la promotion de la santé?, n°113, 12/96, p.20
- HENNE W., RENARD D., Comment dire... Un film d'animation sur la prévention du sida réalisé par 16 jeunes à l'Atelier Zorobabel, n°113, 12/96, pp.24-26

Stress

- DÉ REYS Y., Le jeu: un outil prometteur pour sensibiliser au stress!, n°111, 10/96, pp.12-13

Tabagisme

- Club Première Génération sans tabac! n°16 (Supplément), n°106, 04/96,
- Journée mondiale sans tabac 1996, n°107, 05/96, p.12
- RASSON C., Tibet et le tabac, n°110, 09/96, p.20

- Le Réseau des 'Hôpitaux sans tabac', n°111, 10/96, p.17

- Augmentation du nombre de fumeurs en Belgique en 1995, n°111, 10/96, pp.18-19

- JANZYK V., Le roman d'un fumeur, n°112, 11/96, p.24

Troisième âge

- HABRAKEN H., Somnifères et maison de repos, n°105, 03/96, pp.17-18

Vaccination

- Bien vacciné à 11-12 ans? (Supplément), n°110, 09/96
- TREFOIS P., Il n'y a pas de vaccin contre l'hiver, n°112, 11/96, pp.11-12

- DUFOUR J.-B., Fenêtres ouvertes sur l'École 'en santé', n°110, 09/96, pp.15-16
 - Répertoire d'outils. Une source pratique d'idées d'animations en éducation pour la santé, n°110, 09/96, p.21
 - DUBOIS S., Quand des jeunes tracent un chemin de santé. Récit d'une expérience, première partie, n°111, 10/96, pp.2-9
 - Les Midis à l'école, n°112, 11/96, pp.2-3
 - DUBOIS S., Quand des jeunes tracent un chemin de santé. Récit d'une expérience, seconde partie, n°112, 11/96, pp.4-10
 - ATTOUIT B., Des hyènes d'Afrique à l'hygiène dans les Marolles..., n°112, 11/96, pp.13-14
 - DENDONCKER P., A Huy, Saint-Quirin dit oui à la santé!, n°112, 11/96, pp.15-16
 - Et si cela vous arrivait? L'école, autrement, à l'Institut des Filles de Marie, n°112, 11/96, p.17
- Éducation pour la santé - organisation**
- Les trois priorités de Laurette Onkelinx pour 1996, n°104, 01/96, p.3
 - REGINSTER B., LOUITZ N., Locale. L'aide à la mise en place de projets locaux, n°104, 01/96, p.9
 - Locale. Approche communautaire, n°105, 03/96, p.12
 - Locale. Valorisation et coordination d'un projet, n°106, 04/96, p.8
 - DELVILLE - MERCIER J., MERCIER M., Handicap & Santé et ses partenaires en Communauté française, n°106, 04/96, pp.16-17
 - TOURTIER L., Locale. Anticiper et agir, explorer et créer, n°107, 05/96, pp.9-10
 - TREFOIS P., Souvenirs, souvenirs, n°107, 05/96, pp.21-22
 - Les programmes subventionnés en 1995, n°108, 06/96, p.2
 - MALFRERE V., Locale. Synergies locales, n°108, 06/96, p.13
 - DEMARTEAU M., Education Santé, une revue à lire et à... relire!, n°108, 06/96, pp.21-22
 - NOEL J.-L., Je vous prête le bonjour, n°110, 09/96, pp.2-3
 - ANNET R., HANOUL R.-M., Locale. De l'éducation pour la santé à la promotion de la santé, n°110, 09/96, p.9
 - BERGHMANS L., L'Observatoire de la Santé en Hainaut prend un nouveau cap, n°110, 09/96, pp.16-17

- NOEL J.-L., Votre fil d'Ariane dans le labyrinthe... administratif, n°113, 12/96, pp.2-3
 - GERAETS A., DEMORTIER V., Locale. L'interaction entre social et santé vue d'une Commission Locale de Coordination, n°113, 12/96, pp.16-17
- Enfant**
- La bande à Simon, n°104, 01/96, p.24
 - THIEBAUT P., La Cité des enfants, n°106, 04/96, pp.12-13
 - JANZYK V., Jeunes contre kilos superflus, n°107, 05/96, pp.19-20
 - JANZYK V., Ampli-Junior peint la santé, n°110, 09/96, pp.18-19
 - Corps, accords, désaccords, n°111, 10/96, p.26
 - HOUBIERS G., Locale. En corps? Les enfants, n°112, 11/96, p.17
 - BERTHET C., MORTIAUX A., DELIENS C., Les 5 sens (Supplément), n°113, 12/96
- Entraide**
- BRADFER G., Entraide. Naissance des Joueurs Anonymes, n°105, 03/96, pp.21-22
 - Les fiches du self-help. Insuffisance rénale - Dépendances - Parents d'enfants homosexuels - Syndrome de Willi Prader, n°106, 04/96, pp.19-20
 - Inventaire 1996 des Groupes d'entraide en Communauté française de Belgique (Supplément), n°109, 07/96
- Environnement**
- S.O.S. Polluards, n°107, 05/96, p.24
- Femme**
- Campagne de sensibilisation à l'ostéoporose, n°106, 04/96, p.11
- Formation**
- LAFONTAINE C., Formation d'animateurs-relais-santé, n°105, 03/96, p.17
 - O'DOWD F., GODIN E., CHAMBERLAND J., La génagogie... vous dites?, n°107, 05/96, pp.7-8
 - DECCACHE A., 7ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Introduction. Promotion de la santé et santé du public: vers de nouveaux enjeux?, n°109, 07/96, p.2
 - LONFILS R., 7ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. La participation, renforcement des valeurs et normes de la société?, n°109, 07/96, pp.3-5
 - LARROSE B., 7ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. La conflictualité en éducation pour la santé, n°109, 07/96, pp.5-7
 - MEREMANS P., 7ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Une éthique de la prévention du sida ou le choix du

- sujet, n°109, 07/96, pp.7-8
 - MEIJER R., 7ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Le patient, formateur et éducateur, n°109, 07/96, pp.9-10
 - PANZER - NOSKOWICZ F., 7ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Boulimie, n°109, 07/96, pp.10-12
 - MOUSSIÉ M., 7ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Asthme, n°109, 07/96, pp.12-15
 - RENARD C., 7ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. L'approche participative en recherche-action, n°109, 07/96, pp.15-17
 - PIETTE D., 7ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Le besoin d'informations en promotion de la santé, n°109, 07/96, pp.18-21
 - COULON J., 7ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Information et prévention primaire du cancer: faut-il attendre le consensus?, n°109, 07/96, pp.22-23
 - BERTRAND - BASCHWITZ M.A., 7ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Accès à la documentation: quel choix pour quel(s) public(s)?, n°109, 07/96, pp.23-25
 - SPITAEELS M., 7ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Comment améliorer la circulation de l'information?, n°109, 07/96, pp.25-27
- Handicap**
- DELVILLE J., MERCIER M., Respect de la personne, sexualité et intimité, n°104, 01/96, pp.5-6
 - DELVILLE - MERCIER J., MERCIER M., Handicap & Santé et ses partenaires en Communauté française, n°106, 04/96, pp.16-17
- Hygiène**
- La santé... à bonne école n°6. Dossier: les poux (Supplément), n°108, 06/96
 - La santé... à bonne école n°7. Dossier: l'hygiène (Supplément), n°112, 11/96
- Hygiène bucco-dentaire**
- ATTOUIT B., Des hyènes d'Afrique à l'hygiène dans les Marolles..., n°112, 11/96, pp.13-14
- Maladie**
- LAFONTAINE C., L'amaigrissement: consensus et forum, n°104, 01/96, pp.10-12
 - Campagne de sensibilisation à l'ostéoporose, n°106, 04/96, p.11
 - MOUSSIÉ M., 7ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Asthme, n°109, 07/96, pp.12-15
 - L'obésité, n°113, 12/96, pp.14-15

un échevin ayant la profession de kinésithérapeute privilégiée des actions de mise en place d'ateliers d'activité physique pour renforcer l'équilibre chez la personne âgée, ce qu'il considère comme une réponse à un besoin prioritaire. La place occupée par l'homme ou la femme politique dans la vie civile semble influencer ses choix: un bourgmestre, directeur d'une administration de réinsertion des handicapés, intègre systématiquement dans sa politique communale des axes "handicapés". De même un échevin enseignant se donne comme objectif de sécuriser les abords des écoles.

La préexistence de réseaux

Les décideurs choisissent de mener des actions parce que des réseaux existent et sont capables de les porter. Par exemple: un programme national de prévention incendie est implanté dans une commune parce que dans cette commune préexistent des collaborations autour de cette problématique.

Les déterminants à la prise en compte de la santé dans la politique communale

Ce qui fait que "oui ou non" la santé est un objet de discussion et un objet de décision.

La notoriété du projet

On prend ou non ce projet si on reconnaît les compétences du porteur de projet dans le domaine de la santé. Quand un échevin a une formation médicale, le projet qu'il propose passe plus facilement auprès de ses collègues. Deuxième élément de notoriété, la reconnaissance d'une institution partenaire: un projet soutenu par une instance (par exemple les Communautés européennes) a plus de chance d'être accepté qu'un autre. Troisième élément: la reconnaissance des compétences des partenaires civils. Le projet d'un échevin soutenu par une association de médecins a un poids supplémentaire. Enfin, la reconnaissance de la pertinence du projet est également un facteur déterminant: correspond-il à un intérêt, une motivation, à un problème de la commune?

La dynamique de l'équipe de décideurs

Les capacités des décideurs sont mises en évidence, notamment la ca-

pacité visionnaire. Certains nous disent que dans leur commune on gère le passé et non l'avenir. Ce qui enclenche des pratiques gestionnaires traditionnelles (l'enseignement, les travaux publics). La santé est une innovation que l'on n'est pas prêt à supporter.

La capacité gestionnaire du bourgmestre semble exercer une influence non négligeable sur les décisions. Un bourgmestre, au préalable échevin remarquable et dynamique, n'a pas pu développer les compétences de "meneur d'hommes" dans sa fonction de bourgmestre ce qui entraîne une paralysie dans la prise des décisions. Un autre exemple, un bourgmestre gère des projets pour lui-même, ce qui entraîne une démotivation de ses collègues échevins.

Un autre élément de la personnalité du décideur: la capacité de saisir les opportunités et la capacité à chercher l'information. Par exemple, un projet financé par la Communauté européenne (Objectif 1-Santé), développé dans la province de Hainaut a été une opportunité pour certaines communes de développer des projets préexistants ou nouveaux. Des communes l'ont saisie, d'autres pas. Un autre exemple, celui d'une petite commune de dix-sept mille habitants qui, lorsqu'elle décide d'entamer un projet, le propose à une commune voisine de deux cent mille habitants car elle sait qu'avec le soutien de cette commune elle aura beaucoup plus de chance d'obtenir les moyens pour réaliser et voir aboutir le projet.

Les déterminants de la capacité à mettre en oeuvre un projet et d'en assurer la pérennité

L'ancrage du projet dans la communauté

Que nous disent les décideurs à cet égard? Qu'un projet peut durer s'il est ancré dans la communauté. On en vient peu à peu à l'idée de la responsabilité de la population. Une condition essentielle: que la population se reconnaisse et soit reconnue comme partie intégrante du politique. Progressivement, les limites entre politique et civil s'estompent. L'ancrage est rendu possible par des rapports de proximité entre le politique et la popu-

lation. Par exemple, la mise en place d'un forum d'expression des besoins de santé. Troisième élément d'ancrage: la reconnaissance du secteur associatif et du secteur privé marchand comme un élément de rouage de la vie politique et des décisions politiques.

L'existence d'une structure d'appui

Le projet sera d'autant plus fiable et viable qu'il est porté par une structure administrative suffisante et compétente. On constate dans les communes où les structures administratives sont plus développées, un leadership communal plus important. La réussite est fonction du partenariat établi avec les associations reconnues comme co-décideurs du projet. La reconnaissance du projet s'évalue selon les moyens spécifiques qui lui sont attribués.

Les compétences des équipes administratives et des associations à la gestion de projets de santé communautaires.

Aller plus loin

Dans la foulée de leurs constats, les décideurs ont exprimé des besoins à satisfaire pour aller plus loin.

Améliorer la circulation de l'information

Beaucoup d'informations circulent. Le problème n'est probablement pas dans le flot d'informations, mais plutôt dans l'organisation de celles-ci. Un exemple de gestion de cette information est le journal de l'asbl Question Santé "Santé Commune" ayant pour objectif de centraliser les informations sur la santé avec une diffusion systématique chez tous les bourgmestres et échevins de la Communauté française. La diffusion du numéro zéro sera évaluée et déterminera s'il s'agit d'un outil qui répond à cette demande.

Un autre exemple, la consultation de la population, a déjà été utilisée et donne des résultats intéressants. Dans une commune, on a pu mener une consultation auprès de la population sur la pertinence de mener des actions de prévention du tabagisme. Sur six cents questionnaires envoyés, quatre cent cinquante réponses ont été récupérées, ce qui représente un taux de réponses exceptionnellement élevé.

Potentialiser et augmenter les compétences des équipes

• **Par la formation**

Plusieurs pistes sont évidemment possibles. Il s'agit de l'organisation de formations spécifiques ou le repérage des formations préexistantes dans lesquelles s'intègrent des aspects de gestion de projets de santé. Les formations à la gestion communale sont des formations qui ont un certain succès, pourquoi, alors, ne pas seulement penser marketing, communication, gestion financière mais aussi gestion de santé.

• **Par la création d'un poste de conseiller en promotion de la santé**

Celui-ci s'établira en articulation et en complémentarité des postes d'éco-conseillers qui existent déjà dans nos communes. Ce conseiller ayant pour mission d'informer les décideurs, d'organiser l'information à l'intérieur de la commune, mais aussi d'assurer le support formatif des équipes en place.

Stimuler la création de projets et l'innovation

L'installation d'un réseau et la diffusion d'un bulletin de liaison de prévention des accidents domestiques permettent aux communes d'échanger et de former leur propre réseau en trouvant des ressources en leur sein et parmi les institutions en place.

tion des accidents domestiques permettent aux communes d'échanger et de former leur propre réseau en trouvant des ressources en leur sein et parmi les institutions en place.

Faciliter les interactions avec les différents groupes d'intérêt

Nous nous trouvons face à un paradoxe: d'une part la demande effective de partenariat et d'autre part, dans un certain nombre de cas qui nous ont été cités, l'inexistence de ce partenariat dans la durée. Les associations ne sont pas reconnues comme rouage du politique lui-même. Une proposition: la facilitation des interactions entre des groupes d'intérêt par la création d'interfaces entre le politique et le privé, entre les associations et la population.

Concrétiser le concept de promotion de la santé

Les décideurs disent vouloir agir en promotion de la santé, mais ne pas savoir exactement de quoi il s'agit ou du moins de ne pas en visualiser la signification. Quelques pistes de concrétisation:

- la mise en place de projets concrets et visibles qui montrent très clairement sur le terrain comment cela peut se faire;

- la mise en oeuvre de tous les moyens de la promotion de la santé, de manière opérationnelle. Par exemple: la journée 'Sport en santé, en famille' à Namur. Un autre exemple: la prévention des accidents dans une commune où l'on fait de la promotion de détecteurs de fumée en même temps que l'éducation à la prévention des incendies, où des détecteurs seront réellement diffusés et placés dans des maisons privées;

- la mise à disposition du matériel qui visualise ces questions de promotion de la santé: un matériel de proximité, un matériel qui se déplace près de la population qui se l'approprie et qui l'utilise comme lieu d'expérimentation.

Autant de pistes à poursuivre et de réflexions à mener quant au sens et aux valeurs de nos institutions. ■

Martine Bantuelle, Educa-Santé, Axel Roucloux, IPHS/Namur

Education pour la santé et plantes chinoises

La néphropathie consécutive à une cure amincissante fournit-elle un nouveau défi à l'éducation pour la santé?

En 1992, la découverte d'une néphropathie consécutive à une cure amincissante à base d'herbes chinoises est à l'origine d'une législation plus stricte en matière de commerce belge d'herbes médicinales.

Le mal-être qui a induit cette néphropathie de type iatrogène interpelle directement l'éducation pour la santé.

La conceptualisation de la problématique et une étude constructiviste menée auprès de 21 patientes volontaires (ayant une fonction rénale normale après ladite cure), ont clairement mis en exergue l'influence de la société en général et celle du milieu social en particulier sur la perception de soi.

Le recours massif aux médecines douces doit être vu comme étant une réaction de désillusion face à la médecine allopathique... La médecine

douce est perçue comme étant moins agressive, plus naturelle; le médecin qui la pratique a une approche holistique du patient, il est à l'écoute de ce dernier: il endosse le rôle de chaman.

Grâce à l'éducation pour la santé, les herbes médicinales peuvent (re)trouver leur juste place dans l'espace du risque perçu par le public.

Quant à la perception de soi, elle peut être modifiée: un rôle sur mesure pour l'éducateur/trice pour la santé.

Il nous semble que ce thème est très actuel et qu'il s'inscrit dans une optique plus large à savoir les maladies iatrogènes qui envahissent notre civilisation et forment une menace bien plus grave pour l'espèce humaine que toutes les épidémies dévastatrices du passé.

Des pratiques médicales erronées conquièrent un public de plus en plus large.

Aujourd'hui, c'est une nouvelle forme de dysfonctionnement rénal qui retient notre attention, demain ce seront des ulcères, des hépatites, voire des cancers d'origine iatrogène qui seront mis en exergue.

L'éducation pour la santé a dans ses attributions non seulement le devoir de s'atteler à ce fléau, encore faut-il qu'elle emboîte le pas à la mentalité ambiante qu'est le droit à la santé et donc le droit à la vie.

Mieux, l'éducation pour la santé devrait s'ériger en véritable garde-fou de cette recherche active d'un bonheur utopique via une quelconque potion magique qui occulte un mal de vivre profond engendré par notre société.

Nous avons cru pertinent d'aborder cette problématique sous l'angle du bien-être et de son antonyme, le ou un mal-être, afin de pouvoir vous présen-

Index 96

Index des principaux thèmes traités en 1996

Si certains articles renseignés ci-après vous intéressent, vous pouvez contacter Maryse Van Audenhaege ou Franca Tartamella au 02/237.48.53.

Accident domestique

- La Lettre du Réseau Actions Sécurité n°7 3e trimestre 96 (supplément), n°110, 09/96
- Connaissez-vous le cooling?, n°113, 12/96, p.19

Accident routier

- Tu roules, tu bois pas. Tu bois, tu roules pas, n°107, 05/96, p.24
- Connaissez-vous l'A.P.P.E.R.? n°112, 11/96, p.16

Adolescent

- TAEYMANS B., VERHAEGEN P., DE POURCQ C., Entre deux. Donner la parole aux jeunes, n°107, 05/96, p.11
- NAVARRO F., PIETTE D., DE CLERCQ M., VRANCKX A., La santé mentale des jeunes bruxellois. Résultats d'une enquête auprès des jeunes de l'enseignement secondaire en région de Bruxelles-Capitale, n°113, 12/96, pp.4-7
- BOUAMAMA S., Une jeunesse en quête de sens, n°113, 12/96, pp.12-13

Alcool

- BAUWENS M., COLOT R., Facteurs professionnels favorisant l'alcoolisation, n°107, 05/96, pp.2-3
- Tu roules, tu bois pas. Tu bois, tu roules pas, n°107, 05/96, p.24

Alimentation

- MEYSMAN C., Les 10 heures sains de la vitalité, n°105, 03/96, p.15
- L'alimentation dans l'entreprise, n°106, 04/96, p.14
- JANZYK V., Jeunes contre kilos superflus, n°107, 05/96, pp.19-20
- LECHIEN X., BOURLET S., Les cuisines-rencontres, une démarche d'insertion sociale et de promotion de la santé, n°110, 09/96, pp.10-14
- BARBASON N., L'art de bien manger, n°110, 09/96, pp.22-23
- DE JONGHE K., DUPONT S., Je mange, tu manges, il mange... Mais que mangeons-nous? Deuxième!, n°111, 10/96, pp.9-12
- Les Midis à l'école, n°112, 11/96, pp.2-3
- CLIJSTERS A., FIEVET S., Si manger m'était animé!, n°112, 11/96, pp.14-15

Assuétude

- La bande à Simon, n°104, 01/96, p.24

- DE BOCK C., On achève bien les toxicos!, n°105, 03/96, pp.2-3

- DIMOULIN P., PANUNZI - ROGER N., GIOT M.P., JAMOUILLE P., Une étude transfrontalière sur les toxicomanies, n°107, 05/96, pp.4-5
- JAMOUILLE P., PANUNZI - ROGER N., La prévention des assuétudes, n°107, 05/96, pp.5-7
- JAMOUILLE P., PANUNZI - ROGER N., Les pratiques curatives dans le champ des assuétudes, n°108, 06/96, pp.10-12
- JAMOUILLE P., La question des toxicomanies dans le champ judiciaire, n°110, 09/96, pp.4-5
- JAMOUILLE P., DUYCK G., Les usagers de drogues douces dans le champ judiciaire belge, n°110, 09/96, pp.6-8

Audiovisuel

- VANDERSTEENEN E., DEGEHET A., En direct de la Médiathèque, n°105, 03/96, p.26
- VANDERSTEENEN E., Le Festival International du Film Médical et de Santé de Liège, n°106, 04/96, pp.25-27
- S.O.S. Polluards, n°107, 05/96, p.24
- VANDERSTEENEN E., DEGEHET A., En direct de la Médiathèque, n°112, 11/96, p.26
- HENNE W., RENARD D., Comment dire... (Un film d'animation sur la prévention du sida réalisé par 16 jeunes à l'Atelier Zorobabel, n°113, 12/96, pp.24-26)

Cancer

- L'Europe contre le cancer, n°104, 01/96, p.16
- COULON J., 7ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Information et prévention primaire du cancer: faut-il attendre le consensus?, n°109, 07/96, pp.22-23
- COULON J., VAN BOXEL A., Douleur et cancer: les limites de l'information, n°113, 12/96, pp.18-19

Communication

- Une nouvelle banque d'images spécialisée en promotion de la santé, n°104, 01/96, p.23
- DE BOCK C., On achève bien les toxicos!, n°105, 03/96, pp.2-3
- TREFOIS P., Tout s'éclaire quand vient Le Soir, n°107, 05/96, pp.20-21
- BANTUELLE M., HOEFFELMAN F., La campagne de presse 1996 de Carolo Cardio Santé, n°111, 10/96, pp.21-23

- DE BOCK C., TREFOIS P., MOUCHEP P., NOEL J-L., Promotion de la santé à la télévision, n°112, 11/96, pp.25-26
- COULON J., VAN BOXEL A., Douleur et cancer: les limites de l'information, n°113, 12/96, pp.18-19

Documentation

- DEQUESNE J., BERTRAND - BASCHWITZ M.A., Projet VALOR, n°106, 04/96, pp.21-24
- BERTRAND - BASCHWITZ M.A., DEQUESNE J., Se documenter en promotion de la santé: ressources informatisées et accès à distance (Supplément), n°109, 07/96
- BERTRAND - BASCHWITZ M.A., 7ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Accès à la documentation: quel choix pour quel(s) public(s)?, n°109, 07/96, pp.23-25

Education du patient

- LIBION F., MALICE A., DECCACHE A., L'adhésion aux comportements prescrits de santé, n°105, 03/96, pp.3-6
- NONET V., Adhésion: formation autour d'un outil, n°105, 03/96, pp.6-7
- TAEYMANS B., JAUNIAUX E., MALICE A., LEURQUIN M-M., Et si on se parlait docteur?, n°106, 04/96, pp.9-11
- MEIJER R., 7ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Le patient, formateur et éducateur, n°109, 07/96, pp.9-10
- PANZER - NOSKOWICZ F., 7ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Boulimie, n°109, 07/96, pp.10-12
- MOUSSIER M., 7ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Asthme, n°109, 07/96, pp.12-15
- Education du patient. Nouveautés, n°110, 09/96, p.23

Education pour la santé

- KESSENNE J., La responsabilité financière des mutuelles et son impact en éducation pour la santé, n°104, 01/96, pp.6-8
- BOUDAILLEZ - DELORY C., DENDONCKER P., Quand santé rime avec interdisciplinarité. Une expérimentation dans l'enseignement secondaire, n°105, 03/96, pp.7-11
- MARESCAUX - LEMAN C., Mouscron en santé, n°106, 04/96, pp.17-18
- DELIENS C., MORTIAUX A., Arts d'Ecoles... ou l'Art pour réussir autrement, n°107, 05/96, pp.13-19

Des 'Journées outils' dans la Province de Namur

Hygiène bucco-dentaire, hygiène corporelle et prévention de la pédiculose

Depuis novembre 96 et pour plusieurs mois encore, le "Dentibus" (1) sillonne les routes de la province de Namur, et visite les établissements scolaires qui ont souhaité son passage. Ce projet est né de la concertation entre la Fondation pour la Santé Dentaire qui a mis au point l'action "Dentibus", la C.L.C. de Namur qui s'est occupée de toute la phase d'information vers les directions des écoles maternelles et primaires et vers les équipes IMS et PMS, et enfin le service de promotion de la santé de l'I.P.H.S. (Institut Provincial d'Hygiène Sociale) qui recueille les inscriptions et les desiderata particuliers des enseignants intéressés.

Dans le souci de donner un "plus" aux relais qui le souhaitent, la CLC organise, en collaboration avec plusieurs partenaires, trois journées consacrées à une présentation d'outils disponibles en matière d'hygiène bucco-dentaire, d'hygiène corporelle et de prévention de la pédiculose. Ces trois journées sont programmées respectivement à Namur, le 22 janvier 1997, à Couvin, le 12 mars 1997 et à Gembloux, le 14 mai 1997.

Objectifs et public cible

Ces "Journées Outils" ont pour objectif de permettre aux relais du territoire de la province de Namur de prendre connaissance d'une sélection d'outils en matière d'hygiène bucco-dentaire. Ils auront la possibilité de mettre en place des activités complémentaires de manière à prolonger l'action de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire entamée avec le Dentibus.

Volontairement, la thématique a été étendue à l'hygiène corporelle et à la prévention de la pédiculose, vu le nombre important de demandes d'outils en la matière au sein de la Commission Locale de Namur.

L'objectif secondaire de l'organisation de ces journées est de susciter des rencontres entre intervenants du terrain et des discussions à partir de leurs expériences personnelles par rapport à ces thèmes de santé. Les responsables de la CLC souhaitent, par ailleurs, profiter de l'occasion pour mieux percevoir

d'autres besoins des relais du terrain et pour préciser, si besoin est, leur rôle et leurs missions, le type d'intervention qu'elles peuvent assumer au niveau de projets locaux.

Ces manifestations s'adressent, en particulier, aux enseignants de 3^e maternelle, 1^{ère} et 2^e primaires qui participent ou participeront à l'action "Dentibus", mais également à leurs collègues du niveau fondamental, à l'ensemble des intervenants I.M.S. et P.M.S., ainsi qu'aux autres professionnels intéressés par les questions liées à la thématique de l'hygiène, qu'ils soient impliqués ou non dans des projets d'éducation pour la santé avec des enfants (p.ex., animateurs d'écoles de devoirs....).

Partenaires

La mise en place du projet repose sur un large partenariat et mobilise les spécificités de chacun des partenaires impliqués.

Ces partenaires sont:

- la Commission Locale de Coordination en éducation pour la santé de Namur, en tant qu'organe initiateur et organisateur du projet sur le terrain;
- l'équipe du Centre de Santé Provincial de Couvin, en tant qu'antenne de décentralisation de la C.L.C. de Namur à Couvin: son centre de documentation est mis à contribution et l'équipe se charge de contacter ses propres relais de terrain. Les locaux du Centre de Santé accueilleront la manifestation;
- l'équipe du Centre de Santé Provincial de Gembloux, en tant qu'antenne de décentralisation de la C.L.C. à Gembloux: son centre de documentation et ses locaux sont également utilisés; un maximum de documents seront ainsi rassemblés. De même, l'équipe invite ses propres relais. Les deux équipes participent aussi au travail de sélection des outils à présenter aux relais, vu leur expérience propre sur le terrain;
- le service "éducation pour la santé" de la Médiathèque de la Communauté française met à la disposition de la C.L.C. une sélection de vidéos sur les thèmes choisis, de même que du matériel audiovisuel pour effectuer des visionnements (individuels et collectifs) au cours de ces trois

journées. Par ailleurs, à Namur, le vidéothéâtre de la Médiathèque sera disponible toute la journée;

- une collaboratrice de Question Santé, responsable de la revue "La Santé à Bonne Ecole" propose une animation spécifique pour les relais, en collaboration avec le service "Jeunesse et Santé" de Liège autour de l'utilisation d'un outil précis: "Le palais des mille et une dents";
- enfin, au cours des trois journées, la Fondation pour la Santé Dentaire propose, aux relais locaux qui ne connaîtraient pas encore le Dentibus, une visite commentée de ce dernier; le bus stationnera non loin des bâtiments qui accueillent ces manifestations.

En concertation avec le service "Education pour la santé" de la Médiathèque, la C.L.C. de Namur a également sollicité la collaboration de Question Santé et des C.L.C. de Huy-Waremme et de Liège pour effectuer un travail approfondi en ce qui concerne les *outils vidéo* relatifs aux thèmes de ces journées. Le groupe de travail ainsi formé s'est donné pour mission de sélectionner et de réaliser une analyse détaillée des vidéos retenues. Ce travail de description et d'analyse sera complété par la rédaction de pistes d'exploitation des vidéos sélectionnées en lien avec d'autres outils de prévention.

Cette collaboration sera concrétisée par la rédaction d'un "répertoire". Celui-ci sera publié en encart dans la revue "Education santé" et sera largement diffusé auprès des relais.

Nathalie Loutz et Bénédicte Reginster (C.L.C. de Namur) avec la précieuse collaboration de Carine Lafontaine (C.L.C. de Liège)

Renseignements: C.L.C. de Namur, rue Château des Balances, 3bis 5000 Namur. Tél.: 081/723.780 et 723.782.

(1) L'action "Dentibus", a été mise en place par la Fondation pour la Santé Dentaire grâce à l'aide du dentifrice Signal; elle consiste en une sensibilisation à la problématique de l'hygiène bucco-dentaire. Elle comporte une animation audiovisuelle suivie d'une consultation dentaire, à l'issue de laquelle un bilan de la santé dentaire de chaque enfant est dressé. L'ensemble de l'action est réalisé par des dentistes bénévoles et s'adresse aux enfants de 3^e maternelle, 1^{ère} et 2^e primaires.

ter des pistes en éducation pour la santé.

Quel est ce mal-être qui a poussé quelques milliers de femmes à suivre une cure amincissante à base d'herbes chinoises, facultativement accompagnée de mésothérapie et d'un régime hypo-calorique et ceci sous l'égide d'un médecin?

La littérature d'une part, une enquête personnelle d'autre part nous ont permis d'y voir plus clair.

La littérature

La littérature nous a permis de conceptualiser ce que nous avons cru bon de retenir, à savoir la perception de soi et le recours aux médecines dites douces ou le recours à la nature.

La perception de soi

Il est clair que la société influe considérablement sur celle-ci.

Ce qui est normal pourrait paraître déviant, voire anormal selon la société. Ainsi, par exemple, seulement 5 % des femmes en Occident auraient un poids idéal.

La forme, les formes sont le symbole de la réussite sociale et le caractère public de l'obésité en fait un stigmate...

Notre idéologie de vie revalorise le corps: beauté - santé - jeunesse - épanouissement s'érigent contre vieillesse - laideur - maladie - déclin.

Selon M. Bruchon-Schweitzer, serait bon tout ce qui est beau.

De plus, l'effet de halo influence favorablement l'observateur mais est également à la base de l'auto-estimation de la personne observée et augmente la sociabilité de celle-ci.

L'être tente de se rapprocher le plus possible de l'individu standard du milieu dans lequel il vit.

L'intoxication culturelle est énorme: la mode vestimentaire qui alimente le marché de la maigritude prône le type de corps qu'il faudrait avoir pour être à la page... Les crèmes, les gels, la liposuction, les interventions esthétiques connaissent aujourd'hui un essor jamais égalé dans l'histoire...

Le recours aux médecines douces

Celui-ci doit se voir en premier lieu comme étant une réaction de désillu-

sion vis-à-vis de la médecine allopathique qui n'aurait pu tenir ses promesses.

Nous ne sommes nullement immortels comme nous aurions pu le croire au vu des découvertes spectaculaires de la médecine, surtout depuis la Seconde Guerre Mondiale.

La médecine dite "douce" permettrait de rétablir ce qui serait détérioré par notre mode de vie trop artificiel.

Le recours au médecin résulte toujours d'une situation de crise, quelle que soit cette crise. Actuellement, le médicament aurait trop pris la place d'une écoute de la part du médecin impatient et/ou pressé.

Le médecin devrait remplir le rôle de chaman, rôle très bien compris et exploité à fond par ceux qui pratiquent une médecine peu conventionnelle.

Les patients demandent ni plus ni moins le bonheur au médecin, ce qui n'est pas de son ressort.

Le droit à la santé et par conséquent le droit à la vie est en premier lieu revendiqué par les couches sociales supérieures de la société qui voient en les médecines parallèles leur salut.

L'idée de luxe et d'exotisme que suggèrent les médecines parallèles provient d'une part du coût élevé des consultations et d'autre part des pratiques peu orthodoxes utilisées par "le médecin": cela flatte le snobisme de ceux qui y ont recours.

Notre enquête

Une étude menée conjointement par le Service de Néphrologie de l'Hôpital Erasme (U.L.B.) et l'U.C.L. nous a

permis de constituer un échantillon de patientes ayant consommé le *Magnolia Officinalis* et le *Stephania Tetrandra*. Au début de l'étude, ces patientes ont une fonction rénale normale.

Vingt et une patientes volontaires ont bien voulu répondre au questionnaire rédigé à leur intention (ce questionnaire contenait des questions fermées et ouvertes). Six patientes de cet échantillon nous ont également accordé une interview semi-dirigée.

C'est avec un maximum d'empathie que nous avons approché ces patientes, sans avoir formulé aucune hypothèse de départ.

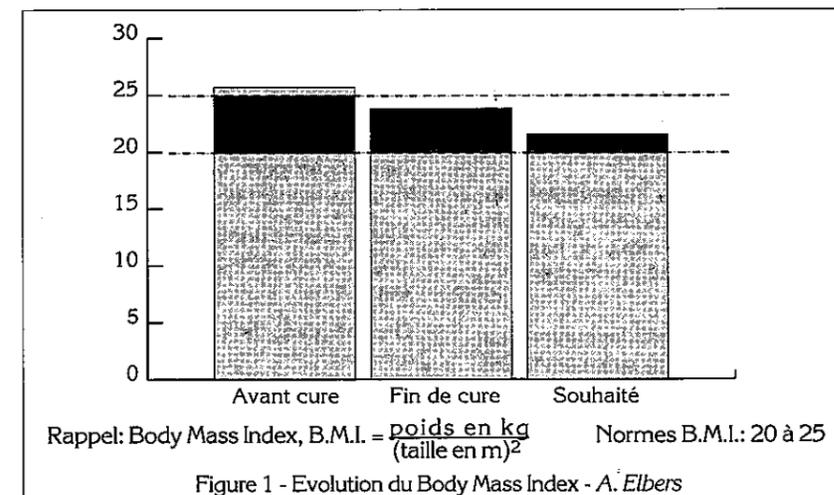
Il était pertinent à notre point de vue d'utiliser l'approche constructiviste, le but recherché étant *in fine* de saisir le vécu, la réalité, la vie de ces femmes qui croyaient avoir du poids à perdre.

Le questionnaire

L'enquête a mis clairement en évidence le rôle prépondérant qu'a la société en général et l'entourage social en particulier sur la perception de soi.

Il est intéressant de remarquer que la grande majorité de ces patientes vivait dans l'aisance. Le niveau d'étude et par conséquent le poste qu'elles occupaient est nettement supérieur à celui que nous rencontrons dans une population féminine du même âge moyen qui est de 49 ans.

Si nous observons le B.M.I. de ces 21 patientes, nous constatons que ce dernier était à peine supérieur aux normes en cours dans notre société (voir figure ci-dessous).



Après différents échecs antérieurs basés sur des pratiques allopathiques, le recours à la médecine naturelle leur semblait la solution à leur problème de poids.

Pour ces femmes, la double garantie quant à l'innocuité du traitement était assurée, la cure étant à base de plantes et menée sous l'égide d'un médecin.

Il est intéressant de remarquer que pour ces mêmes personnes la **personnalité du médecin, son sens du contact humain, semble plus important que ses compétences médicales.**

Atteindre le poids souhaité, se sentir bien dans sa peau est le vœu le plus cher qu'elles ont formulé. C'est dire que leur bien-être et donc leur santé en dépendent.

L'interview

Des dimensions insoupçonnées et qui touchent le noeud du problème ont émergé lors des interviews (les témoignages sont reproduits en italiques).

Les six dames interviewées mettent toutes sans exception leur prise de poids sur le compte du stress qui engendrerait boulimie et/ou rétention d'eau alors que les questionnaires montrent clairement que la prise de poids a des origines très variées (telles l'hérédité, la puberté, les grossesses, la ménopause...).

Les nerfs, le stress me font gonfler.

En ce moment, j'ai beaucoup d'ennuis qui engendrent un stress et je mange pour compenser. Je me drogue au chocolat qui est un euphorisant.

Outre ces assertions au sujet de la prise de poids - contradictoires avec les réponses obtenues lors du dépouillement du questionnaire -, l'interview nous a permis de recueillir des réponses très personnelles et bien plus percutantes que ce qui aurait pu être dégagé du questionnaire.

Ainsi les patientes avaient parfaitement confiance dans cette cure amincissante, car elle était à base de plantes et menée sous l'égide d'un médecin...

Je savais que ces gélules contenaient des plantes, je ne me suis pas méfiée: un médecin a quand même des "dons".

Je me sens leurrée, car c'était un médecin qui prescrivait ces herbes chinoises, j'étais mise en confiance.

Ces dames sont d'avis que la société occidentale actuelle cultive un ostracisme par rapport aux femmes rondes, voire obèses.

La société est injuste à l'égard des femmes. Un homme peut à la limite être gras comme un porc, mais la femme doit être mince.

On ne rit jamais d'une femme maigre mais bien d'une grosse.

Moi, je ne suis pas le stéréotype de la beauté actuelle. Si j'avais vécu à l'époque de Rubens ou de Renoir, j'aurais été très bien... Si j'étais dans un autre environnement (par exemple, au Moyen-Orient), cela me serait alors complètement égal d'être ronde: on vient même vous toucher pour voir si c'est du vrai. Là, être ronde est signe de richesse.

Elles sont parfaitement conscientes de l'influence de la publicité, fruit de notre société de consommation, sur la façon de percevoir son propre corps.

C'est la société qui est comme cela... Regardez dès le mois de mai dans les magazines, les régimes ceci, cela... "Perdez vos 3 kg superflus pris en hiver"... Des crèmes pour ceci, pour pas ceci, des crèmes pour cela... C'est la société de consommation qui nous harcèle. Notre cerveau est complètement conditionné. Il faut être dans les normes que la société impose... Si un jour, le marketing décide de nous rendre obèse, nous suivrons toutes.

Un net clivage apparaît dans le discours de ces femmes quand elles parlent de la beauté d'une femme en général et de la leur en particulier. **La beauté d'une femme serait son charme, sa personnalité, son charisme... La beauté de la patiente est son look par définition.**

D'une part, la beauté personnelle...

J'enlève mes lentilles avant de me déshabiller pour ne pas voir ma silhouette dans le miroir.

Mon poids me hante, j'ai honte de mon corps... Non, je ne m'accepte pas telle que je suis.

D'autre part, la beauté des autres femmes...

La beauté est pour moi surtout celle de l'âme, celle qui vient de l'intérieur est la plus importante. La beauté physique est le premier contact avec la personne que je dépasse tout de suite.

La beauté d'une femme c'est son charme, sa personnalité, son rayonnement.

La beauté, j'y attache très peu d'importance. Certaines grosses sont très bien comme elles sont.

Il est tout à fait remarquable de constater que toutes les patientes interviewées disent que la beauté n'est absolument pas le privilège de la jeunesse.

On peut être belle à chaque âge. Il y a des femmes qui sont laides à 20 ans et qui à 60 ans, sont belles et l'inverse...

Il existe des jeunes femmes qui sont "vieilles"... Une femme d'un certain âge peut être exceptionnellement belle malgré les canons de beauté.

Nous pourrions nous poser la question: **"Et si prendre du poids était (inconsciemment) perçu comme étant prendre de l'âge?"** Serait-ce la peur de la déchéance, de la mort qui pousse l'homme ou la femme au recours à la panoplie anti-âge?

Aurions-nous mis le doigt dans la plaie?

Les pistes en éducation pour la santé

Il nous semble qu'il faudrait que nous intervenions sur trois facteurs prépondérants, à savoir le recours à la nature, le stress et la perception de soi.

Nous avons visualisé le niveau de l'individu face à la prise en charge de sa santé; les actions que nous proposons dépendent du niveau de son évolution (voir représentation graphique en p.11).

L'être hétéronome

L'évitement des problèmes ne pourrait venir que des experts.

Une législation plus stricte quant aux herbes médicinales s'impose. Les plantes qui ont des vertus curatives sont par définition des médicaments, leur place se trouve en pharmacie après expériences scientifiques en laboratoire comme cela se pratique pour de nouvelles molécules.

Nous voyons qu'actuellement les herboristes et pseudo herboristes ont mainmise sur un marché florissant mais peu orthodoxe.

Du point de vue éducation pour la santé, nous sommes au niveau de la prévention collective incombant aux responsables de la Santé Publique.

modérés, dans une société ouverte, sans tendances totalitaires.

Bref, nous oeuvrons pour un style de vie responsable en matière de santé, de comportement et d'environnement. Chacun connaît son corps et son état moral, et chacun sait, à condition d'être à l'écoute, ce qui est bon pour lui. Chacun sait aussi à quel moment un comportement devient nuisible pour lui.

A court terme, l'excès peut être compensé mais, à long terme, la santé et le bien-être en souffrent. L'espérance de vie en est élevée chez nous, nous vivons plus longtemps qu'il y a quelques dizaines d'années. Une vie saine et responsable dans les premières phases de

la vie augmente la qualité des phases de vie ultérieures.

Par ailleurs, la santé ne se résume pas au seul bien-être corporel. Souvent, l'aspect social prime dans le bonheur de tout un chacun: participer et profiter ensemble des sources de plaisir. L'essentiel de la promotion pour la santé ne réside pas dans l'interdiction, mais dans la culture d'une forme saine de prise en charge de soi, dans la promotion de la santé en tant que valeur. Il ne s'agit pas du choix du moindre effort, car force est de constater que l'image que reflète la société n'est pas celle de prise en charge collective.

Enfin, la promotion de la santé se base sur un principe d'émancipation:

Nous... et les microbes!

Etudiante en chimie clinique, je suis depuis deux ans un cours de microbiologie.

Outre la connaissance des bactéries, ce cours m'apporte une vue différente sur le monde qui m'entoure. Il est en effet difficile d'imaginer - pour la majeure partie de la population du moins - que là où nous ne voyons rien vivent quantités de micro-organismes parfois extrêmement dangereux pour l'être humain. Dès lors, comment faire comprendre aux gens qu'il faut "nettoyer" là où ce n'est apparemment pas "sale"?

Je pense que le meilleur moyen de rendre cette perception possible est de travailler par comparaison entre le visible et l'invisible. Je m'adresse ici plus particulièrement aux parents et aux éducateurs car même si l'hygiène peut s'apprendre à tout âge, acquérir de bons réflexes tôt évite de devoir vaincre les mauvaises habitudes.

On peut par exemple profiter de l'apparition de moisissures sur un aliment pour les montrer à l'enfant, pour lui expliquer que ce sont "des petites bêtes si petites qu'on ne les voit pas sauf s'il y en a vraiment beaucoup". L'enfant a vu qu'au départ il n'y avait rien et que c'est apparu petit à petit. On peut par ce chemin révéler à l'enfant la présence d'un monde invisible à l'oeil nu.

Notre professeur nous a raconté l'anecdote suivante: au cours d'une étude sur de la viande contaminée, elle a demandé aux ouvriers de la boucherie concernée de mettre leur empreinte digitale sur un milieu de culture pour

salmonelles. Un de ces milieux a révélé la présence de ces bactéries, ce qui signifiait que l'ouvrier avait les mains contaminées par les salmonelles et qu'il contaminait ainsi à son tour la viande manipulée.

Ces salmonelles étant des germes de notre intestin, leur présence sur les mains de l'ouvrier signifiait... qu'il ne se lavait pas les mains après avoir été aux toilettes! Détail un peu intime, qu'il doit être peu agréable de se voir souligner. A bon entendeur...

Les mesures élémentaires d'hygiène sont généralement connues et je n'ai pas la prétention de donner ici un cours sur cette matière. D'autres plus qualifiés que moi ont à le faire et je suis persuadée que les campagnes d'information sur l'hygiène ne sont pas encore assez nombreuses ni assez explicatives sur le pourquoi des mesures à prendre.

En effet, pourquoi l'hygiène est-elle essentielle? Autrefois, des réponses relativement simples pouvaient être suffisantes: l'hygiène corporelle empêche certaines maladies de se développer, bien nettoyer, bien désinfecter les plaies évite l'infection, etc.

A côté de son aspect esthétique (être propre, sentir bon,...), l'hygiène a un rôle beaucoup plus grand, essentiel: empêcher la prolifération des microbes, protéger l'homme de ces derniers.

A l'époque où les antibiotiques étaient "le remède miracle" grâce auquel on pouvait vaincre les bactéries, l'hygiène ne devait pas encore assurer cette

chaque personne détermine ce qu'elle veut réaliser dans sa situation pour sa santé, et la guidance doit aider à mettre ce choix en application. ARISE part du principe que chacun est capable de faire ce libre choix. Ce n'est sans doute pas si simple. L'influence de la publicité et des valeurs dominantes de notre société sont subtiles. La promotion pour la santé peut aider les gens à faire leur propre choix et à le réaliser ("empowerment").

Philip Lievens, directeur du VIG (Vlaams Instituut voor Gezondheids-promotie)

Texte paru sous forme d'éditorial dans la revue VIG Netwerk, jaargang 4, n° 3, juillet 1996 ■

fonction qui touche à la survie de l'homme.

Cependant, depuis quelques années déjà, on rencontre des bactéries résistantes aux antibiotiques, à tous les antibiotiques. Et ce phénomène n'est pas stable, il présente au contraire une croissance inquiétante.

Nous sommes donc sur le "bon" chemin pour nous retrouver à l'ère pré-antibiotiques. Bien sûr, des chercheurs tentent de trouver de nouveaux produits qui remplaceraient ces antibiotiques devenus inefficaces. Mais en attendant de le trouver, la meilleure arme que nous ayons reste l'hygiène!

Voilà l'idée que je voulais vous communiquer et mon vœu serait que cette notion d'hygiène fasse partie de vos préoccupations premières, que vous ayez à coeur de la faire partager à votre entourage.

Je clôturerai enfin avec ces belles phrases de Louis Pasteur:

"Prenez intérêt, je vous en conjure, à ces demeures sacrées que l'on désigne du nom expressif de laboratoire. Demandez qu'on les multiplie et qu'on les orne: ce sont les temples de l'avenir, de la richesse, du bien-être. C'est là que l'humanité grandit, se fortifie et devient meilleure. Elle y apprend à lire dans les oeuvres de la nature, oeuvres de progrès et d'harmonie individuelle, tandis que ses oeuvres à elle sont trop souvent celles de la barbarie, du fanatisme, de la destruction."

Sylvie Rossenfosse ■

La promotion de la santé nuit-elle à la santé?

Selon l'ARISE (Associates for Research into the Science of Enjoyment), "vous préoccuper de votre santé nuit à votre santé", et "la promotion de la santé devient inefficace et est dénuée d'éthique lorsqu'elle tourne à la pseudo-religion basée sur une pseudo-moralité." Le Prof. J. McCormick, du Trinity College en Irlande, est l'un des ténors de cette association scientifique. A ce jour, l'organisation compte une trentaine d'affiliés, parmi lesquels deux Belges célèbres, Claude Javeau, sociologue à l'ULB et Herwig Van Hove, physico-chimiste à la KUL, qui anime notamment une émission culinaire à la BRTN.

L'ARISE se veut quelque peu provocante dans la présentation de sa philosophie. Jugez plutôt: "Évidemment que le beurre et la viande sont des aliments sains", titre l'association.

"Les gourous de la santé exercent une influence néfaste sur la santé," avance McCormick, "les défenseurs de la médecine préventive sont devenus les apôtres d'un message erroné. La religion a cédé la place à la santé. La sainteté s'obtient par un style de vie spartiate, alors que les plaisirs de la vie entraînent la sentence inéluctable de la maladie et de la mort. Les gourous proscrirent certains produits alimentaires, pour mieux glorifier les bienfaits du corps svelte et de l'exercice physique, et tous ceux qui ne respectent pas ce style de vie sont qualifiés de pécheurs. Mais toute cette publicité autour de la santé n'a qu'une influence négative sur l'homme. Trop de sollicitude peut tourner à la maladie. Lorsque les gens tombent malades, ils se culpabilisent. Un sentiment de culpabilité est une émotion négative qui mobilise les hormones de stress, et il a été prouvé que les hormones de stress nuisent à la santé. Nous plaçons pour un hedonisme modéré, de manière à ce que les hommes puissent profiter de ce qui sera probablement leur seule vie sur cette terre."

Savons-nous encore goûter aux plaisirs de la vie? Le droit à la liberté personnelle en matière de santé existe-t-il encore? ARISE en doute, et a en partie raison.

En effet, on peut déceler une certaine forme de terrorisme dans des programmes de promotion de la santé, mais surtout dans les informations po-

pulaires sur la santé, qui vont même jusqu'à la diffusion de commandements et de règles. Parfois, on fait même appel à de véritables mécanismes de dissuasion. Le libre choix est un droit fondamental dans notre société. Mais une autre question tout aussi fondamentale est de savoir dans quelle mesure notre choix est effectivement "libre" dans une société dirigée par la promotion de produits et modes de vie dangereux et potentiellement nuisibles à la santé.

Nous savons aussi que les affiches illustrant des poumons en forme de cendrier ne feront pas diminuer le nombre de fumeurs. Ce n'est pas non plus par la culpabilisation ou par la sanction (action négative) que pourra être obtenue une modification comportementale durable. La promotion de la santé ne consiste pas à faire pression sur la conscience des gens. La promotion de la santé doit permettre aux gens de faire des choix adéquats, et ce de deux façons: par l'information et la sensibilisation, et en améliorant leur environnement.

L'information et la sensibilisation constituent une approche de base. Cette approche comprend des méthodes de diffusion d'information, de sensibilisation, de motivation et d'apprentissage d'aptitudes en vue d'adopter un style de vie sain. L'objectif est d'amener les gens à faire des choix adéquats, car un comportement responsable mérite également valorisation et récompense. Pour ce faire, il ne faut pas nécessairement imposer aux gens un style de vie, ni leur inculquer un souci exagéré de leur santé ou un sentiment de culpabilité. Mais on peut éveiller leur conscience et les aider à opter pour la santé en toute connaissance de cause.

D'autre part, il ne faut pas tomber dans la naïveté: de nombreux produits potentiellement nuisibles ou dangereux sont proposés au consommateur et jouissent même d'un appui promotionnel. L'intérêt économique est souvent en jeu, par exemple dans le cas de la vente du tabac. Bien des produits dont seule une faible consommation pourrait être considérée comme saine, ont de solides assises commerciales, les budgets consacrés à leur promotion en constituent la meilleure preuve.

Cela s'exprime également sous une forme de "règle comportementale" dictée par la distribution et indiquant à la population les produits dont elle doit amplement "profiter". La promotion en matière de santé veut que les gens prennent conscience de cette influence pour les amener à mieux résister, à devenir plus indépendants.

Certains spécialistes pensent qu'une légère "contre-influence" au départ de la promotion pour la santé ne serait pas déplacée à condition qu'elle soit comparée à ce type de publicité. La promotion de la santé est basée sur une image sociale, dans laquelle la volonté d'influencer les gens n'est pas absente, mais qui laisse finalement chacun faire ses propres choix, tout en encourageant les gens à prendre soin de leur santé.

Un deuxième niveau de travail, complémentaire, s'adresse à l'environnement pris dans un sens large. Nous devons constater que l'on fait souvent appel à la responsabilité du citoyen lorsqu'il se trouve dans des lieux (travail, école, dancing, club de jeunes, quartier...) où il est mis en présence de produits et d'habitudes défavorables à l'adoption d'un comportement sain.

Notre but est d'aménager l'environnement de telle manière que la solution la plus saine soit aussi la plus évidente. Ainsi, nous pouvons élaborer dans les écoles une politique contre la drogue, ou encore, sur le lieu de travail, une politique de promotion de la santé, axée sur l'alimentation, les pauses, le mouvement, la gestion du stress et des contraintes physiques, etc.

Il est essentiel qu'une telle politique soit menée sur base d'une concertation et de la participation des personnes. En effet, nous voulons les stimuler à améliorer les conditions de leur environnement. La promotion de la santé vise une société de personnes capables d'intervenir sur les conditions de leur santé et de leur bien-être. Cette société tend toujours à poursuivre un tel projet de promotion pour la santé, tout en espérant que l'initiateur ou l'accompagnateur initial se retire lorsque son apport finit par devenir moins intéressant. Nous ne pensons pas a priori qu'une telle politique fasse fi de tous les plaisirs. Tout comme ARISE, la promotion pour la santé n'a rien contre des plaisirs

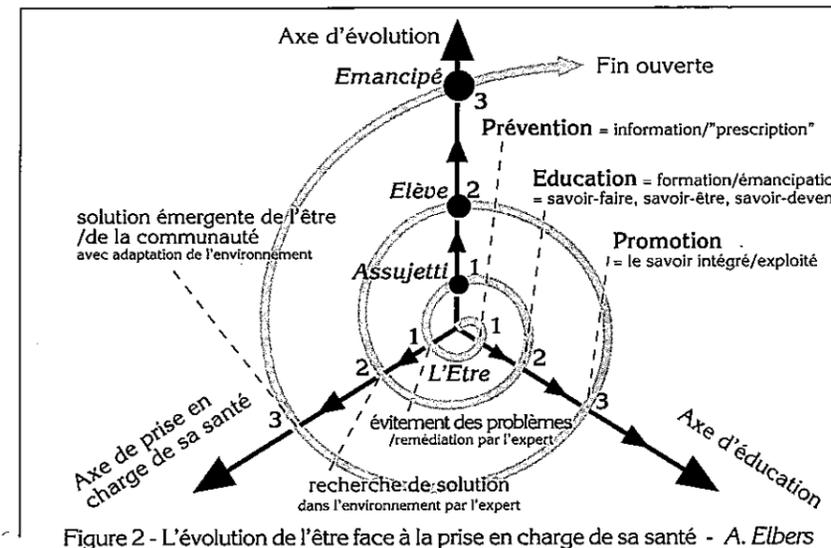


Figure 2 - L'évolution de l'être face à la prise en charge de sa santé - A. Elbers

L'être apprenant

L'évitement des problèmes serait prôné par les experts qui, en même temps, transmettraient leur savoir et leur savoir-faire - être et devenir au public élève.

Une première campagne d'information serait dirigée vers le grand public. Il faudrait que les gens sachent que ce qui est naturel n'est pas nécessairement inoffensif. Les gens le savent par exemple très bien pour la Belladonna qui contient de l'atropine qui peut être létale, mais d'autres herbes exotiques ou non peuvent être ou devenir potentiellement dangereuses ne fût-ce que par la façon dont elles sont consommées (ainsi, une herbe médicinale consommée en gélules serait potentiellement plus dangereuse qu'en infusion ou en décoction, la température élevée détruisant les toxines), par le contact avec différents contaminants tels les métaux lourds, les pesticides, la radioactivité...

Le consommateur a donc tout intérêt à s'approvisionner en pharmacie plutôt que de cueillir lui-même ses herbes médicinales.

Une deuxième campagne d'information serait dirigée vers le public le plus vulnérable aux risques liés à la consommation d'herbes médicinales. Nous pensons ici aux personnes âgées, aux bébés (protégés via leur maman), aux malades qui ne devraient en aucun cas mélanger allo- et phytothérapie.

En fait, le public devrait savoir qu'une herbe médicinale équivaut à un médicament.

Une troisième campagne d'information dirigée vers les médecins généralistes s'impose. Ces derniers ne devraient plus prescrire des cocktails amincissants qui sont de dangereux mélanges d'allo- et de phytothérapie.

Les médecins généralistes devraient être très attentifs à la demande de leurs patients et mettre ces derniers en garde contre d'éventuelles utilisations erronées d'herbes médicinales.

S'il y a une réelle surcharge pondérale, le/la patient(e) sera dirigé(e) vers un médecin nutritionniste-endocrinologue qui prendra cette pathologie en charge.

L'être autonome

L'évitement des problèmes sera géré par la personne elle-même en adulte responsable. A son tour, cette personne deviendrait un relais en tant qu'éducateur pour la santé.

L'être autonome apprendra à gérer le stress via des séances de yoga ou de sophrologie. Si le stress est trop important, une aide psychologique temporaire pourrait être utile.

L'être autonome apprendra à changer la perception de soi à défaut de ne pouvoir changer la société.

La perception de soi peut être modifiée par entre autres un sport agréable qui augmente toujours la satisfaction corporelle et donc l'estime de soi.

La perception de soi peut également être modifiée via une nouvelle hiérarchisation des valeurs de vie.

En conclusion, nous laissons la parole à Jean-François Malherbe qui, à notre

avis, a bien saisi le noeud du problème quand il écrit:

"... il faudrait que l'Être parvienne à vivre avec le corps qu'il est en dépit des vicissitudes du corps qu'il a. A ce moment-là, il sera vraiment adulte".

Anna A. Elbers, Licenciée EDUS

Article rédigé sur base d'un mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de licencié en sciences médico-hospitalières, option éducation pour la santé, UCL, Faculté de Médecine, Louvain-en-Woluwe, août 1995, 200 pages.

Bibliographie (extrait)

BERTHET, J., *Comprendre le recours aux médecines parallèles*, Colloque international de Bruxelles (3-5 décembre 1987), éd. G. Bauherz et al., Centre de Recherche et d'Information des Organisations des Consommateurs, Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine (Institut de Sociologie de l'U.L.B.).

BROHET, CH. et FRANS, A., (Cliniques Saint-Luc), *Le succès des médecines parallèles*, Le Soir n° 192, Bruxelles, août 1993.

BRUCHON-SCHWEITZER, *Une psychologie du corps*, Puf, Paris, 1990.

BURY, J., *Education pour la Santé*, De Boeck-Westmael, Bruxelles, 1988.

DE SMET, P., *Toxicological outlook on the quality assurance of herbal remedies in: Adverse Effects of Herbal Drugs 1*, in collaboration with the Pharmaceuticales Programme of the World Health Organisation, Regional Office for Europe, 1992.

DESSUREAULT, L., DAIGNEAULT, D., *L'obsession de la minceur, un guide d'intervention*, PL, 1991.

DICHTER, E., *Motivations et comportements humains*, Publi-union, Paris, 1972.

ILLICH, Y., *Némésis médicale in: L'expropriation de la Santé*, Seuil, Paris, 1975, p. 205.

LE BRETON, D., *Anthropologie du corps et modernité*, Puf, Paris, 1990.

MALHERBE, J.-F., *Catalyses*, Fides, Montréal et Artel s.e., 1994.

MALHERBE, J.-F., *Pour une éthique de la médecine*, Essais en liberté, Librairie Larousse, Paris, 1987.

SCHILDER, P., *L'image du corps*, Gallimard, Paris, 1968.

VANHERWEGHEM, J.-L., *Une nouvelle forme de néphropathie secondaire à l'absorption d'herbes chinoises*, Bulletin et mémoires de l'Académie Royale de Médecine de Belgique, n° 149, 1994.

VICTOROFF, D., *Psychologie de la publicité*, Puf, Paris, 1970.

■ D'abord de l'eau, pour sauver ma peau!

Un programme de prévention des brûlures

De tous les accidents, les brûlures sont les plus graves. Elles occasionnent de très sérieuses lésions et peuvent handicaper à vie leurs victimes.

La plupart de ces accidents ont lieu dans la sphère domestique: cuisine, salle de bains, jardin. A l'origine, on trouve fréquemment des activités ménagères exécutées avec négligence. Café, lait ou soupe brûlants, graisse de friture, légumes jetés dans l'eau bouillante sont souvent à l'origine de bien des douleurs, de bien des malheurs. Pendant les mois d'été et à la fin de l'année, c'est au tour des barbecues, des fondues, des feux d'artifice.

Chaque année, des milliers de personnes se brûlent. 34% des accidents avec brûlures concernent des enfants et des jeunes de moins de 20 ans.

Les conséquences de ces accidents sont très souvent traumatisantes tant d'un point de vue physique que psychologique. Les enfants victimes de brûlures souffrent particulièrement des conséquences psychosociales.

Un programme de prévention

Le manque de connaissance des risques mais aussi des premiers soins à apporter aux brûlés (comme le cooling) a des conséquences dommageables.

Pour pallier cette méconnaissance et favoriser des comportements de prévention, la Mutualité Chrétienne propose un programme de prévention des brûlures spécifiquement adapté aux élèves de 2e et 3e primaires.

Ce programme est au départ une initiative de la vzw Jeugd en Gezondheid (équivalent flamand de l'asbl Jeunesse et Santé) et du service GVO (équivalent flamand d'Infor Santé) de la Mutualité Chrétienne du Limbourg. Il a été étendu avec un grand succès à l'ensemble de la Flandre en 1995.

L'implantation du programme en Communauté française de Belgique a débuté en 1996. Il a été réalisé par Infor Santé en collaboration avec

Educa-Santé, le service aux éducateurs spécialisé dans la prévention des accidents domestiques. Ce programme a reçu également l'appui financier de la Communauté française et surtout d'ABB assurances.

'D'abord de l'eau, pour sauver ma peau' propose un matériel pédagogique comprenant une farde pour l'enseignant et un kit pour chaque élève.

Les objectifs

Ce projet vise la prise de conscience des risques et l'apprentissage de comportements sûrs. Par le transfert des connaissances dans sa vie quotidienne, dans son environnement familial, l'enfant devient agent de prévention.

Le programme permet à l'enfant:

- une prise de conscience des risques qui existent dans son environnement et par son propre comportement;
- une reconnaissance et analyse des situations à risque;
- un apprentissage de comportements sûrs y compris les gestes de premiers secours comme le cooling;
- un transfert de connaissances face aux réalités de la vie quotidienne.

Le public cible

Ce programme s'adresse:

- aux enfants de 7 à 8 ans sachant lire et écrire (élèves de 2e et 3e années primaires);
- aux instituteurs en tant que facilitateurs de l'apprentissage et du changement chez l'enfant;
- aux parents, pour influencer les pratiques quotidiennes à l'intérieur de la famille.

L'objectif de départ était d'atteindre 13.000 élèves, ce qui représente environ 500 classes à raison de 25 élèves par classe. Il sera largement dépassé, la présentation de la campagne ayant suscité un vif intérêt dans le milieu scolaire. Plus de 30.000 élèves seront touchés.

Le réseau de diffusion

Ce programme s'appuie sur le réseau décentralisé de la Mutualité Chrétien-

ne qui compte 13 mutualités 'régionales' réparties sur tout le territoire francophone.

Les responsables des services Infor Santé et de Jeunesse et Santé suivant les régions, encadrent et soutiennent la réalisation du projet sur le plan local. La supervision globale est organisée par le service Infor Santé du Secrétariat national.

A ce jour, les directions d'école primaire ont été contactées pour leur proposer le matériel pédagogique. Des séances d'information sur le programme ont déjà eu lieu dans quelques régions et le matériel a été distribué aux enseignants présents.

Les centres PMS et IMS ont également été informés du projet. Ils pourront ainsi être des relais privilégiés dans le contact et la diffusion auprès des enseignants.

Le programme a bénéficié du soutien d'un spot télévisuel (publicité d'intérêt général, espaces payants) sur la RTBF durant les mois de novembre et décembre 96.

Le matériel pédagogique

Le matériel pédagogique est composé d'un ensemble varié d'éléments destinés aussi bien aux adultes (enseignants, parents,...) qu'aux enfants de 2e et 3e primaires. En voici une présentation succincte.

Farde pédagogique

Elle comprend toutes les informations nécessaires et une description des outils pour faire passer le message. Elle est composée d'une série de modules comprenant une introduction théorique, des instructions et des éléments concrets d'application pour faciliter l'assimilation de la matière par les enfants (voir encadré). Elle offre de nombreuses pistes pédagogiques, un jeu de société, des autocollants,...

L'enseignant peut ainsi choisir les moyens adéquats en fonction de ses objectifs propres et de la réceptivité de ses élèves.

Livre de lecture

Le livre pour enfants 'Le masque de verre' raconte l'histoire d'une petite

fet, les décideurs n'ont pas encore perçu l'importance des résultats au plan économique et humain, et les pouvoirs publics restent difficiles à convaincre.

En conclusion de ces tables rondes, Monsieur Paulette, Directeur Général de la CRAM Nord-Picardie, a affirmé la volonté de son organisme "de poursuivre la démarche entamée, de continuer à rassembler, à soutenir et à aider les bonnes volontés, toutes choses qui amèneront à mieux gérer les soins aux

malades et donc à mieux maîtriser les dépenses de santé".

Dans le futur, l'objectif est de créer, en partenariat avec les DRASS (Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales), ainsi que différents acteurs régionaux et nationaux, voire étrangers, un centre régional de formation à l'éducation du patient.

Espérons que ce centre sera créé, avec la collaboration d'organismes de

formation français actifs dans le domaine: l'IPCEM (Institut de Perfectionnement en Communication et Education Médicales), l'IRPEPS (Institut Régional de Promotion à l'Education du Patient et à la formation des Soignants), le Département de pédagogie des sciences de la santé de l'Université de Paris Nord,...

France Libion, Centre d'Education du Patient ■

■ Intervenir politiquement en promotion de la santé

L'équipe ULB/Promes de l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles organise du 9 au 13 juin 1997 un module de formation en Promotion-Education-Santé sur le thème "Intervenir politiquement en promotion de la santé: considérations théoriques et familiarisation avec un outil d'intervention".

Cette formation sera prise en charge par le Professeur Michel O'Neill, Ph. D. de l'Université Laval au Québec, et est coordonnée par le Professeur Danielle Piette, directrice de ULB/Promes.

Ce module vise à familiariser les participants à la dimension environnementale de la promotion de la santé qui, en complémentarité avec la dimension individuelle, constitue l'objet d'intervention de ce champ de pratique.

Intervenir sur l'environnement requiert l'utilisation des stratégies où la dimension politique est omniprésente. Il est donc crucial d'inciter les intervenants à envisager la dimension politique de leurs pratiques professionnelles et les dilemmes (éthiques et autres) que cela pose.

Ceci fait, il est important d'aborder la dimension politique des interventions avec rigueur et circonspection. A cet effet, un outil d'analyse et d'intervention politique en santé a été élaboré par le professeur O'Neill et ses collègues et expérimenté dans des dizaines de situations concrètes par différents types de professionnels. Le module permettra de s'initier à cet outil à partir de projets concrets auxquels oeuvrent les participants.

Le public attendu: intervenants, planificateurs, coordonnateurs en promotion et éducation pour la santé aux niveaux local, régional, national ou

international. Les personnes de domaines connexes oeuvrant en intersectorialité avec des gens du domaine de la santé y trouveront aussi leur profit.

La formation se fera en français. Le nombre de participants est fixé à 20. Le prix du module est de 25.000 FB (26.000 FB pour les paiements à partir de l'étranger); il comprend tous les

documents distribués pendant la formation ainsi qu'un portefeuille d'articles scientifiques.

Pour plus de renseignements: Madame Nouara Chaoui, ULB/PROMES, Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique, route de Lennik 808, CP 596, 1070 Bruxelles, tél. 02/555.40.81, fax 02/555.40.49, e-mail: Promes@erasme1.ulb.ac.be

Le programme de la semaine

Lundi 9 juin 1997

Matin: présentation des participants, du contenu et des objectifs du cours.

Après-midi: la problématique de la promotion de la santé: quelques aspects historiques et conceptuels de manière à y positionner les aspects environnementaux et les stratégies politiques.

Mardi 10 juin

Matin: intervenir politiquement en promotion de la santé: pourquoi? Possibilités et limites pour des professionnels oeuvrant dans des organisations (en particulier les organisations gouvernementales en santé publique).

Après-midi: lecture individuelle des premiers chapitres du manuel sur l'intervention politique en santé (O'Neill, Gosselin et Boyer, à paraître).

Mercredi 11 juin

Matin: discussion sur la lecture de la veille et clarifications supplémentaires sur l'outil d'intervention.

Après-midi: présentation en classe d'un exemple détaillé d'utilisation de l'outil; constitution de groupes de travail et explications des tâches pour le lendemain.

Jeudi 12 juin

Matin et début d'après-midi: travail en petits groupes sur l'analyse politique d'un projet concret d'un des membres de chaque équipe.

Seconde moitié de l'après-midi et soirée: lectures individuelles (lecture du manuel, d'un ou plusieurs chapitres présentant des exemples concrets).

Vendredi 13 juin

Matin: présentation à l'ensemble de la classe de chacun des cas travaillés la veille et discussion d'ensemble.

Après-midi: fin des présentations et discussions. Synthèse finale. Conclusion. Evaluation.

tire doucement le rideau sur cette (belle) expérience: "La pièce me paraît aujourd'hui un peu didactique. Mais là n'est pas la question. Disons plutôt que j'ai envie d'aller plus loin, peut-être ce désir est-il né de la rencontre, pour les débats, avec des gens de terrain, des gens vivant la problématique des toxicomanies. J'ai eu envie de monter un texte "pointu" évoquant la toxicomanie: "Trainspotting", d'Irvine Welsh. Ce spectacle est en train de naître en prolongement de Smack, en quelque sorte."

Trainspotting, c'est l'itinéraire de quatre "potes" à Edimbourg dans les années 80. Chacun sa dépendance et son plaisir en marge de la société. Jusqu'au jour où les têtes tombent, ou ont envie de tourner pour autre chose.

Des débats seront-ils à nouveau organisés par le Théâtre de Poche, cette fois à l'issue des représentations de Trainspotting, plutôt "politiquement incorrect", ou disons à quelques lieues de la "correction officielle"? Pas du tout impossible.

Véronique Janzyk, Observatoire de la Santé du Hainaut, Cellule de communication

Pour toute info: Théâtre de Poche, 1A chemin du gymnase, 1000 Bruxelles, 02/647.27.26. ■

Education du patient

Des tables rondes à l'initiative de la CRAM Nord Picardie

Depuis 1995, la Caisse Régionale d'Assurance-Maladie (CRAM) Nord-Picardie mène une réflexion sur l'éducation du patient. Dans ce but, elle a créé un groupe de réflexion, constitué d'acteurs régionaux du domaine de la santé, qui travaille à la construction d'un projet cohérent.

Les tables rondes organisées le 25 juin 96 constituaient l'une des étapes de la démarche.

Elles avaient pour thème "l'éducation du patient: agir pour améliorer la qualité de vie des patients atteints de pathologies chroniques".

Smack

Un homme, le "père", assis devant la télé. Bien assis dans ses opinions, parti dans un monologue sur le trafic de drogues, les toxicos et les forces de l'ordre en déroute. En parallèle, la voix du professionnel de l'info poursuit en solo son speech (sur la drogue évidemment). L'entrée de la "fille" dans la pièce fournit enfin matière à question au père.

Le dialogue va-t-il s'amorcer? Le père apprendra-t-il le nom de ces mystérieuses plantes qui, dans la chambre de l'adolescente, n'en finissent pas de ne pas fleurir?

Aura-t-il une réponse au manque de coquetterie de cette plante de vingt ans que le stage d'attente au chômage (mais il n'y a pas que lui) transforme en cactus?

La réplique aux interrogations est au moins aussi cinglante que sonore: "Smack!"

"Smack!", c'est le cri que fait pousser l'auteur de la pièce à son principal personnage féminin, qui l'assortit par ailleurs du geste, mais ici dans le vide, d'une porte qu'on ferme. "Smack!", bruit et cri que la fille fait résonner aux oreilles du père, lui lançant en quelque sorte à la face le mal qui la ronge (smack est un mot d'argot international pour désigner l'héroïne) et qu'il est à peine en passe de deviner.

De smack en smack, les personnages finiront bien par être confrontés à la réalité de l'autre: le père à celle de sa "fille", glissée d'occasionnels paradis artificiels à l'enfer quotidien de la came; la fille à la déception maladroitement agressive d'un "vieux" qui a cru pouvoir opposer bonne volonté et bon sens aux vicissitudes de la vie familiale et sociale.

Monologues, soliloques, apartés des personnages, interpellations pathétiques du public (pour beaucoup dans la sympathie suscitée par les deux protagonistes) abondent dès l'ouverture de Smack. Prenant le pas sur eux, petit à petit, le dialogue se noue au terme de la montée dans le chef des personnages d'une idée fixe. Pour l'adolescente: apaiser le manque qui croît dans ses veines. Pour le père: faire le jour sur la toxicomanie de sa fille, au point de se fondre à la jeune silhouette fatiguée en chasse d'une dose de smack.

Une fois les vérités, émergées sur fond de cris, admises (toxicomanie de la jeune fille, aveuglement du père à ce sujet), la vie, départie de certaines illusions, à vif, peut reprendre son cours. Et Smack de se clore sur une scène où l'achat à deux d'un simple objet du quotidien concrétise des retrouvailles timides. Un moment où le spectateur mesure, plus qu'à aucun autre peut-être, l'étendue des dégâts affectifs et sociaux provoqués par ce tristement fameux smack.

Des représentants des établissements de santé, publics et privés, ainsi que du réseau libéral et du milieu universitaire y étaient invités. Environ 150 personnes ont répondu à l'appel, venues de toute la circonscription de la CRAM (Nord, Pas-de-Calais, Aisne, Oise, Somme). Toutes les catégories professionnelles concernées étaient représentées.

Différents orateurs, praticiens et chercheurs, français, belges et suisses, se sont exprimés lors de ces tables rondes, d'une part à propos de l'impact de l'éducation du patient sur les pratiques professionnelles, et d'autre part, sur la place de l'éducation du patient dans les établissements de santé. Ces interventions ont permis de lancer le débat avec les participants.

Il ressort de ces tables rondes que l'éducation du patient est une réalité qui reste à développer. L'éducation du patient bouleverse la relation traditionnelle soignant/soigné. Une véritable communication doit s'établir, d'où la nécessité d'une formation spécifique, d'un changement de perception du malade et du dépassement des freins.

Les malades ont des droits et il faut leur dire, les responsabiliser. C'est une évolution nécessaire, une mutation profonde. Il faut aussi prévoir le long terme, c'est-à-dire créer des réseaux de partenariat, acquérir des compétences éducatives et définir des références en éducation pour la santé. Une évaluation est indispensable, notamment pour mesurer les progrès et convaincre les pouvoirs publics. En ef-

file brûlée. Il a pour but de sensibiliser les enfants, de les faire entrer dans la thématique.

Un jeune garçon vient de déménager et est curieux de faire la connaissance de sa voisine. Mais elle ne veut pas se montrer. Il en apprend vite la raison: son visage est brûlé et plein de cicatrices. Il apprend ce qui s'est passé et comment sa vie a été bouleversée par l'accident dont elle a été victime.



Brochure illustrée destinée aux enfants

Cette brochure permet d'identifier les facteurs de risque, ainsi que les aspects curatifs et psychosociaux du problème.

Brochure destinée aux parents et à l'encadrement pédagogique

Elle explique la prévention des brûlures à l'entourage des enfants: parents, grands-parents, éducateurs, enseignants, famille, amis...

Dépliant

Il s'adresse au grand public en décrivant les risques et les mesures de prévention dans les différentes zones à risque du domicile. Il explique concrètement ce qu'il faut faire en cas de brûlure. Les différents degrés de gravité d'une brûlure y sont aussi explicités.

Affichette

De format A3, elle reprend le dessin de l'ours et de l'enfant qui est le fil rouge de tout le programme.

Pour tout renseignement concernant ce programme de prévention, vous pouvez contacter le service Infor Santé de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes qui vous mettra en

contact avec votre responsable régional. Voici les coordonnées: Infor Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles, tél.: 02/237.48.52.

La farde pédagogique "D'abord de l'eau pour sauver ma peau!"

Informations de base

Cette première partie éclaire la thématique en donnant à l'enseignant les informations nécessaires concernant:

- les brûlures selon l'âge, le moment, l'endroit, la cause, le type, la localisation des plaies;
- les facteurs de risque suivant les lieux: cuisine, living, salle de bains et autres;
- les conséquences des brûlures (premier, deuxième et troisième degré; traitement; adresses).

Module 1 - sensibilisation

Les élèves expriment le fait que le feu est un phénomène extraordinaire, avec des côtés positifs et négatifs.

Activités proposées: dessins, collages, articles de presse.

Module 2 - prise de contact

Les élèves font connaissance avec la problématique des brûlures. Ils sont motivés à lire le livre et à travailler sur le thème. Ils se rendent compte des risques qu'ils courent, et du fait que l'adoption d'un comportement sûr leur permet de diminuer les risques.

Activités proposées: lecture du livre "Le masque de verre".

Module 3 - facteurs de risque

Les élèves reconnaissent les situations à risque et les solutions à mettre en place.

Activités proposées: dessins à analyser, mots à trouver, rébus + autocollants "danger".

Module 4 - premiers secours

Les élèves savent et expriment ce qu'ils doivent et ne peuvent pas faire dans une situation pouvant occasionner des brûlures. Ils peuvent expliquer la règle d'or "D'abord de l'eau pour sauver ma peau!" (technique du cooling).

Activités proposées: lettres mélangées, spots publicitaires, affiches, vrai ou faux.

Module 5 - conséquences

Les élèves se font une idée des conséquences possibles de brûlures sérieuses, tant sur le plan physique que psychosocial.

Activités proposées: expression de sentiments, handicap physique, douleur, jeu des enveloppes, visites.

Module 6 - applications et actions

Les élèves appliquent ce qu'ils ont appris de façon créative et essaient d'avoir un comportement sûr dans leur milieu de vie.

Activités proposées: jeu de société (jeu du dragon - fourni avec le dossier), sécurité à l'école, campagne de sensibilisation, action à la maison. L'enfant peut passer un contrat avec ses parents ou d'autres adultes (grands-parents, amis, voisins,...) pour débusquer les situations à risque et promouvoir un comportement de sécurité à la maison.

Module 7 - activités supplémentaires

Expression manuelle, musicale, leçons de calcul, de morale ou de religion,...

Module 8 - évaluation

Evaluation par les élèves, les parents, les enseignants.

Théâtre contre assuétudes

Durant plusieurs semaines, *Smack* a circulé auprès d'un public composé d'adolescents et d'adultes (parents, éducateurs, professionnels de la santé). Aux spectateurs, la pièce renvoie les portraits d'une jeune toxicomane et de son père. Miroir trouble, *Smack* a pour objectif de susciter le débat. Les promoteurs du spectacle se sont donné les moyens pour ce faire. Invitation a été lancée, pour animer des discussions consécutives aux représentations théâtrales, à des spécialistes de la prévention et du traitement des toxicomanies.

C'est en 1993 que le Théâtre de Poche présente pour la première fois *Smack*, d'Herman Wolf, travailleur social anversoïse et écrivain, définissant sa double activité comme celle, unique, d'un homme de mots et de paroles. Pour l'écriture, on comprend. Pour le travail d'accompagnement des toxicomanes, Herman Wolf concède une explication: il se positionne avant tout par rapport à ceux qu'il rencontre comme un "guide qui parle". A partir de là, à l'autre de réfléchir, de douter et de demander, peut-être, l'aide d'un centre de guidance.



"La fille" (Malika Hsino), plongée en elle-même, humaine avant tout avant d'être héroïne

Pièce et débats

"La toxicomanie est un sujet dont je voulais parler. Encore fallait-il trouver un texte qui soit plus qu'un prétexte à évoquer une problématique. *Smack* conjugue les qualités d'être un bon texte et d'avoir été écrit pour provoquer le débat", explique Roland Mahauden, directeur du Poche et metteur en scène de la pièce.

Rapidement, la parole est donnée aux spectateurs. Des débats s'amorcent de manière "officiuse". Dès 94, le spectacle bénéficie de soutiens (la région de Bruxelles-Capitale, Semaine européenne de prévention des toxicomanies et de la Communauté française). Implications? La gratuité de certaines représentations et l'organisation de plus en plus systématique de débats menés à leur issue. Les animant d'abord seul, Roland Mahauden propose par la suite à des spécialistes de la prévention des assuétudes et de l'accompagnement des toxicomanes d'intervenir. Parmi les institutions re-

présentées: Infor Drogues (Bruxelles), La Trace (Bruxelles), Modus Vivendi (Bruxelles), Sésame (Liège), Alfa (Liège), le Centre de Santé Mentale de Charleroi et Ellipse (Carnières).

Au total, 110 représentations ont eu lieu jusqu'à présent. Une cinquantaine ont été accompagnées de débats, toujours organisés par les bons soins du Théâtre de Poche, il faut le souligner. Dans les salles: un public parfois "mêlé", parfois composé majoritairement de jeunes (étudiants) accompagnés d'enseignants, parfois d'une bonne proportion de travailleurs sociaux, de professionnels de la santé et d'éducateurs à la santé.

Au centre des débats

A publics divers, débats particuliers. Un plus, selon Patricia Seunier (Infor Drogues): "Le dialogue à nouer avec un public, hétéroclite ou pas, est a priori intéressant. Tout cadre limite toujours les propos tenus. Il faut travailler avec le fait que, dans un cadre, quel qu'il soit, certaines choses seront dites et d'autres pas."

"Les réactions varient sensiblement selon les communes de visite, constate pour sa part Charles Lejeune (La Trace). Dans les milieux "protégés", les questions sur l'éventail des drogues, sur la législation sont courantes. Dans un autre contexte, Mollenbeek par exemple, les remarques concernent les conditions de vie de la population dans certains quartiers, la place que prend la drogue dans une vie dont le travail est absent."

Les particularités du public n'empêchent pas les animateurs de repérer

des récurrences dans ses préoccupations. Les premières interventions portent souvent sur les questions d'actualité que constituent la légalisation et la dépénalisation de l'usage des drogues (douces). Soulever ces questions laisse peut-être au public le temps d'oser aborder des aspects moins "passe-partout" de la problématique de la toxicomanie. Vient alors le moment des réflexions sur les personnages mis en scène, celui des témoignages. Notamment des parents. "La pièce offre aux parents l'occasion de s'exprimer, et cette opportunité ils la saisissent", témoigne Patricia Seunier pour Infor Drogues. Echo proche chez Marie-Paule Giot du Centre de Santé Mentale (Charleroi): "Chez les parents présents, on a pu sentir une peur terrible de la drogue. On a pu les voir s'exprimer au sujet d'une problématique qui les touche au quotidien. Le spectacle me paraît susciter l'identification des parents à son personnage masculin."

Cette capacité du spectacle à "faire parler" le public, la majorité des animateurs en voient, entre autres, la source dans le fait que *Smack* ne réduit pas la drogue à la consommation d'un produit, mais révèle à quel point la toxicomanie est le produit d'un malaise d'exister. Autres qualités reconnues de la pièce d'Herman Wolf: la pertinence du texte, non moralisateur, prônant parole et écoute.

Dernier consensus parmi les animateurs de débats: l'importance d'un travail avec les étudiants en amont de la représentation¹.

¹ Infor Drogues a conçu le dossier pédagogique destiné à l'enseignement secondaire supérieur. "Si la cocaïne ou l'héroïne font souvent la une de l'actualité, il existe une autre série de produits, autorisés par la loi (café, tabac, alcool), qui provoquent des dégâts psychologiques et physiques tout aussi importants. Vous trouverez dans ces pages des informations sur les drogues, licites ou illicites, leurs risques et leurs effets, leur histoire, et ce qu'en pense la législation. Dans le but, tout simplement d'amorcer une réflexion personnelle sur ses choix. La conclusion? Chacun est libre et responsable de ses actes. Mais avant de dire oui ou non, lisez attentivement les pages qui suivent..." peut-on lire en guise d'introduction au document.

Questionnaire

A l'occasion des 18 représentations proposées gratuitement en 1996, l'équipe du Théâtre de Poche a préparé un questionnaire destiné au public, "questionnaire de curiosité visant à mieux cerner le profil du public, ainsi que ses attitudes à l'égard du spectacle et vis-à-vis du problème générale de la toxicomanie. Le document aborde aussi l'intérêt de *Smack* comme outil de prévention." Taux de participation à l'enquête: 13 % (494 des 3800 spectateurs ont répondu aux questions). Pour 85 % d'entre eux, la représentation théâtrale correspond à l'image qu'ils se font de l'usage de la drogue. Un sur deux souhaite parler du spectacle autour de lui (avec son entourage, avec des jeunes confrontés à la toxicomanie, avec des spécialistes - médecins, psychologues -, avec des enseignants).

57 % de l'ensemble du public "sondé" a entre 16 et 18 ans et se répartit comme suit: 61 % de filles, 39 % de garçons; 86,9 % suivent des études secondaires - enseignement général: 65 %, enseignement technique: 27 %, enseignement professionnel: 8 %; 12,7 % ont entamé des études supérieures et 0,4 % ne sont plus aux études.

A la question "connaissez-vous personnellement un consommateur de drogue?" 77 % (!) répondent par l'affirmative². "La drogue circule-t-elle dans votre école?" Oui, à 74 % (50,4 % pensent que le haschich y est introduit, 59 % la marijuana et 29 % l'ecstasy).

"Faut-il mettre les consommateurs de drogues en prison, s'il n'ont pas commis d'autre délit?"

90 % de réponses négatives³.

58 % sont pour l'achat légal, sous contrôle, de certaines drogues, essentiellement les drogues douces. 33 % sont contre l'achat légal, même sous contrôle, de tout type de drogue. 9 % considèrent que toute drogue devrait pouvoir être achetée légalement, sous contrôle.

"Faut-il faciliter l'accès des toxicomanes aux traitements médicaux, même si ceux-ci entraînent l'accoutumance?" 86 % de oui.

"Faut-il faciliter l'accès des toxicomanes à des seringues neuves?" Oui, à 95 %.

22 % déclarent avoir consommé occasionnellement de l'herbe (consommation régulière: 11 %), 16 % à avoir goûté au haschich (10 % de consommateurs réguliers), 6 % à avoir tâté de l'ecstasy (1 % à y revenir régulièrement)⁴.

Les jeunes interrogés se sentent correctement informés au sujet des dangers de la toxicomanie (66 %), trop peu informés (28 %), trop informés (6 %).

75 % des consommateurs (occasionnels et réguliers) se disent correctement informés, 22 % trop peu infor-



Le bras, où la seringue s'est plantée combien de fois?, tendu vers le père (Jean-Paul Dermont). Communiquer sur la drogue pour n'avoir pas su, pas pu parler avant

més. Les non-consommateurs se sentent plus mal informés que les consommateurs (60 % de bien informés pour 34 % de peu informés)...

Prudence cependant: ces résultats indiquent une tendance pour les jeunes qui ont bien voulu répondre au questionnaire (494 sur 3800). Pourquoi l'ont-ils fait? Pourquoi ont-ils assisté au spectacle? Que pense l'ensemble du public? Autant de questions qui nous empêchent de généraliser les données récoltées car cet échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble des jeunes concernés.

Perspectives

Bilan du côté du Poche? Du côté d'Olivier Blin, chargé des relations publiques: "Si l'on envisage le souhait (transparaissant via les question-

naires complétés à la fin du spectacle et pendant le débat) d'un spectateur sur deux de parler (avec son entourage, avec des professionnels de la santé, des enseignants...) de la pièce après l'avoir vue, on peut considérer que les débats consécutifs à *Smack* ont répondu aux attentes. Ils ont permis à de jeunes consommateurs ou pas, à des parents de consommateurs ou de non-consommateurs, à des enseignants, à des représentants du judiciaire, à des travailleurs de terrain de dialoguer, tout ce petit monde étant soit présent dans le public soit face à lui." Si la pièce est toujours disponible et si la Communauté française semble toujours prête à subventionner des spectacles, le metteur en scène Roland Mahauden

² Un sondage réalisé par Marketing Unit en juin 1996, pour Le Vif-L'Express, auprès d'un échantillon de 1000 personnes résidant en Belgique et représentatives de la population, âgées de 15 à 64 ans, révèle que 20 % de l'échantillon connaît des gens consommant du haschich, 9 % de l'ecstasy et 6 % de l'héroïne.

³ 43 % des personnes interrogées par Marketing Unit répondent non.

⁴ 9 % des personnes interrogées par Marketing Unit ont déjà goûté au haschich.

On retrouve le même pourcentage de consommateurs occasionnels de drogues douces chez les jeunes fréquentant l'enseignement secondaire (de la troisième secondaire à la sixième secondaire) de la Communauté française (enquête "Les comportements de santé des jeunes", Promes, 1990).

Quant à l'enquête de la plate-forme de concertation pour la santé mentale de Bruxelles-Capitale, elle indique que 23 % des jeunes Bruxellois fréquentant l'enseignement secondaire ont touché au moins une fois à une drogue illicite.

METHODES AU
SERVICE DE
L'EDUCATION
POUR LA SANTE

XAVIER LECHIEU
CHANTAL VANDOORNE

10

**L'ANALYSE DE DOCUMENTS
AUDIOVISUELS
EN PROMOTION
DE LA SANTE**
COMMENT PREPARER
UNE SEANCE D'ANIMATION ?



la médiaTHÈQUE
DE LA COMMUNAUTE FRANCAISE DE BELGIQUE ASBL

INFORMATIONS :
APES - Université de Liège
SART-TILMAN
BATIMENT B23
4000 LIEGE
04/366.28.97



COLLECTION

AVEC LE SOUTIEN DE LA COMMUNAUTE FRANCAISE DE BELGIQUE

L'A.P.E.S. Association pour la Promotion de l'Education pour la Santé

Son objectif :

Promouvoir la qualité méthodologique des programmes d'éducation et de promotion de la santé dans la Communauté française de Belgique.

Ses services :

Une aide méthodologique à vos projets de promotion de la santé ou d'éducation pour la santé sous la forme de conseils ponctuels ou d'interventions plus continues, de la part d'experts universitaires de diverses disciplines. Ceux-ci apporteront à la conception, la réalisation et l'évaluation de vos projets un soutien adapté à vos besoins et vos ressources.

Une formation selon vos besoins et vos demandes sur divers aspects de la méthodologie et de l'évaluation.

Une information sur les méthodologies d'éducation pour la santé et de promotion de la santé au moyen de la collection.

La Collection «Méthodes au service de l'éducation pour la santé».

La Collection «Méthodes au service de l'éducation pour la santé» s'adresse à toutes les personnes qui sont ou qui deviennent «éducateurs pour la santé» : parent, enseignant, personnel de santé, travailleur social, journaliste, ... dans le but de les aider à découvrir et à utiliser des méthodes simples et concrètes pour réussir leurs actions et leurs projets.

Vous trouverez dans cette collection :

- une présentation de méthodes intégrées dans un cadre théorique;
- une discussion de l'utilité de ces méthodes dans le champ de l'éducation pour la santé;
- des exemples concrets d'application;
- des références pour compléter et approfondir votre information.

La collection représente un effort d'opérationnalisation des connaissances pour les transformer en outils de réflexion, de gestion et d'action. Ce faisant, elle se veut un vecteur de rapprochement entre acteurs du terrain et acteurs de la recherche.

Nous avons choisi volontairement de proposer des documents brefs, faciles à consulter et à lire par un public non spécialisé. Chaque brochure ne peut, dès lors, faire le tour d'une question ni l'approfondir. C'est au fil de la collection qu'apparaîtront la diversité et la richesse des méthodes présentées. Chaque auteur assume la responsabilité de ce qu'il écrit.

Liste des brochures de la collection APES : «Méthodes au service de l'éducation pour la santé».

- NUMERO 1 : **ANALYSE POUR L'UTILISATION DU VIDÉOGRAMME EDUCATIF.**
Jean DONNAY et Dominique ERNST. Département Education et Technologie. Facultés Universitaires Notre-Dame de la Paix à Namur. (EPUISE)
- NUMERO 2 : **LA PRESENTATION DES TEXTES DE BROCHURES.**
Dieudonné LECLERCQ. Centre d'Enseignement et de Recherche pour l'Education et la Santé. Service de Technologie de l'Education. Université de Liège.
- NUMERO 3 : **UNE PROPOSITION DE DIALOGUE.**
GUIDE PRATIQUE SUR L'ENTRETIEN SEMI-DIRIGE EN EDUCATION POUR LA SANTE.
Françoise HENDRICKX et Danielle PIETTE. Unité de Promotion et d'Education Santé. Ecole de Santé Publique. Université Libre de Bruxelles.
- NUMERO 4 : **POUR UN FONCTIONNEMENT EFFICACE DES GROUPES D'ACTION : L'ORGANISATION ET LA REGULATION DES SYSTEMES EDUCATIFS.**
Albert SCHLEIPER et Michèle HAP. Centre Universitaire de Charleroi.
- NUMERO 5 : **POUR MIEUX CHOISIR SON EVALUATION ...**
DEFINITION ET ROLES DES EVALUATIONS EN EDUCATION POUR LA SANTE.
Alain DECCACHE. Réseau des Enseignements en Santé Ouverts aux adultes. Ecole de Santé Publique. Université Catholique de Louvain.
- NUMERO 6 : **L'A.P.P.R.E.T.**
UNE METHODE POUR CONSTRUIRE DES PROGRAMMES D'EDUCATION POUR LA SANTE.
Michel DEMARTEAU. Association pour la Promotion de l'Education pour la Santé. Université de Liège.
- NUMERO 7 : **L'ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE.**
UNE METHODE DE COLLECTE DE DONNEES.
Michèle HAP. Centre Universitaire de Charleroi.
- NUMERO 8 : **LA CONCEPTION DES ILLUSTRATIONS DE BROCHURES.**
Dieudonné LECLERCQ. Centre d'Enseignement et de Recherche pour l'Education et la Santé. Service de Technologie de l'Education. Université de Liège.
- NUMERO 9 : **RECHERCHE DOCUMENTAIRE EN EDUCATION POUR LA SANTE.**
Maria-Antonia BERTRAND-BASCHWITZ. Réseau des Enseignements en Santé Ouverts aux adultes. Ecole de Santé Publique. Université Catholique de Louvain.

Sixième étape
Prendre une (ou des) décision(s)

Après avoir consulté l'avis des experts repris dans le catalogue-guide de la médiathèque, après avoir progressé pas à pas dans une démarche d'analyse personnalisée du document audiovisuel que vous aviez sélectionné, il convient de synthétiser vos réflexions et de tirer quelques conclusions concernant l'utilisation de ce vidéo.

Les réponses que vous aurez apportées aux questions des pages précédentes vous auront sans doute permis d'envisager les bénéfices respectifs du vidéo et des modalités d'animation que vous mettriez en place. C'est à vous maintenant qu'il appartient de prendre la décision la plus appropriée concernant l'utilisation de ce document audiovisuel

- le document peut être visionné, ses effets sur le public sont facilement maîtrisables**
- le document peut être utilisé moyennant certaines interventions :**
 - établir des prérequis : situer le sujet dans le cadre d'une problématique plus générale; faire exprimer les expériences et les interrogations du public par rapport au sujet; expliquer certaines notions et concepts évoqués dans le vidéo;
 - introduire le document pour : présenter les objectifs; structurer le contenu; susciter l'intérêt du public; assurer une mise en garde quant à certains effets cinématographiques;
 - intervenir pendant le visionnement du document pour : sélectionner certaines séquences ; fournir des explications ou entamer un débat entre deux séquences; réaliser un arrêt sur certaines images;
 - intervenir ultérieurement pour : corriger certaines erreurs ou nuancer certains effets; réaliser une synthèse; appliquer ou exercer certains apprentissages; introduire des apprentissages supplémentaires.
- le document est surtout utile comme outil d'information à usage de l'animateur**
- le document est écarté pour** des raisons d'organisation de l'animation; une absence d'adéquation aux objectifs ou aux options de l'animateur; des difficultés de compréhension ou d'acceptation par le public concerné;

Une fois cette décision bien établie, n'oubliez pas de rassembler des ressources complémentaires (brochures, livres, transparents, diapos, témoignages, autres vidéos...) pour compléter et enrichir votre animation.

L'ANALYSE de DOCUMENTS AUDIOVISUELS en PROMOTION de la SANTE

Comment préparer une séance d'animation ?

Sommaire

Introduction	4
1. Les objectifs généraux de la promotion de la santé et de l'éducation aux médias audiovisuels.	5
2. Les critères d'analyse du comité scientifique et pédagogique de la Collection Education pour la santé.	6
3. Une démarche d'analyse personnalisée.	8

Le présent document est une version mise à jour du fascicule rédigé par J. Donnay et D. Ernst «Analyse pour l'utilisation du vidéogramme éducatif», brochure n°1 de la collection APES «Méthodes au service de l'éducation pour la santé» (1989, 13 p.)

La mise à jour a été réalisée sur la base du travail du Comité scientifique et pédagogique de la Collection audiovisuelle Education pour la santé de la Médiathèque de la Communauté française de Belgique et de la grille qui est utilisée par ses experts comme support d'analyse.

L'utilisation de cette brochure est un complément idéal à la consultation des fiches d'appréciation rédigées par ces experts pour le Catalogue-guide Education pour la santé.⁽¹⁾

Nos plus vifs remerciements vont à Gilberte Reginster-Haneuse (E.S.P. de l'Université de Liège), Anne Poumay (A.P.E.S.), Carine Lafontaine (C.L.C. de Liège), Christian De Bock (Education Santé), et tout particulièrement à Eric Vandersteenen (M.C.F.B.) pour leurs remarques constructives sur les versions préparatoires de ce document.

1 Catalogue-guide Education pour la santé, Bruxelles, Médiathèque de la Communauté française de Belgique, 1993 (+ suppléments semestriels)

Introduction

Aucune conclusion générale ne peut être tirée quant à l'efficacité d'un programme audiovisuel. L'impact de celui-ci sera fonction de ses caractéristiques propres (précision et structuration des informations, attractivité de la mise en forme cinématographique, etc.), mais aussi de paramètres externes tels que les attentes du spectateur ou les objectifs de l'animateur ⁽²⁾, le contexte dans lequel se déroule le visionnement, les activités de préparation et d'exploitation, la dynamique du groupe, etc.

Ainsi aucun média n'est supérieur à un autre de manière absolue. Son efficacité est le résultat d'une interaction entre le média lui-même, la situation de visionnement et l'état d'un individu à un moment donné de son existence. Pour renforcer l'efficacité d'un média, on peut donc agir sur l'un ou l'autre (l'un et l'autre) de ces paramètres de manière à renforcer une triple adéquation ⁽³⁾ :

- adéquation entre le travail mental provoqué chez les spectateurs et les objectifs poursuivis;
- adéquation entre le support vidéo et les caractéristiques du public cible;
- adéquation entre les besoins du formateur et les possibilités pratiques.

Le recours à un support audiovisuel n'est pas en soi la garantie de réussite d'une séance d'éducation pour la santé. C'est grâce à l'animateur que le vidéo deviendra un véritable outil éducatif. C. Kefer présente deux conditions d'efficacité, nécessaires à toute préparation : accompagner la vidéo d'une séance d'animation et insérer la séance dans un projet global d'éducation pour la santé.

Il importe en effet aussi de définir les possibilités offertes par le programme pour atteindre des

objectifs plus généraux liés à la promotion de la santé et/ou à l'éducation aux médias audiovisuels. Ces dimensions seront brièvement commentées au début de cette brochure.

Le but de ce fascicule est de guider l'animateur dans le choix, l'adaptation et l'exploitation de documents audiovisuels susceptibles de l'aider dans sa tâche d'éducation pour la santé.

Le principe méthodologique consiste à confronter les caractéristiques du document audiovisuel et les caractéristiques de la situation de formation. En appliquant cette démarche, l'animateur augmentera sa capacité à utiliser des critères d'évaluation pertinents pour juger de l'adéquation d'un document audiovisuel aux attentes de son public et aux enjeux de la séance de formation. Il pourra ainsi tirer des conclusions sur les modalités d'utilisation du média et les aménagements possibles de son projet de formation ou d'animation.

L'application de cette analyse peut être considérée comme un complément à l'utilisation des fiches descriptives des programmes de la Collection Education pour la santé de la Médiathèque, fiches élaborées par le Comité scientifique et pédagogique. L'animateur est invité à refaire le cheminement de ce groupe d'experts, en l'approfondissant et en le précisant grâce à la connaissance des caractéristiques précises de la situation d'animation.

² Le terme animateur désignera tout au long de cette brochure aussi bien l'enseignant dans sa classe que l'animateur d'un groupe d'enfants ou d'adultes dans le cadre d'activités d'éducation permanente ou de loisirs.
³ Kefer C., "Guide pour l'utilisation de l'audio-visuel comme outil d'éducation pour la santé" in Catalogue-guide Education pour la santé de la Médiathèque de la Communauté française de Belgique, op. cit.

Illustration

Dans un vidéo construit à partir de témoignages, la voix off peut intervenir entre les séquences de témoignages pour attirer l'attention du spectateur sur les éléments communs à ceux-ci ou sur la conclusion à en retirer.

23. Certaines séquences sont-elles particulièrement remarquables pour leur qualité cinématographique, leur cohérence et leur harmonie ?

⇒ Si oui, lesquelles? Envisagez-vous une utilisation particulière de ces séquences (visionnement séparé ou répété, utilisation pour un travail en groupe ou un approfondissement individuel, etc.)

- a.
- b.
- c.

Illustration

Un document consacré au vécu de jeunes drogués décédés d'overdoses présente les rêves que vivaient ces individus en alternant des récits d'amis toujours vivants avec des fondu-enchaînés du visage du sujet et des endroits qu'il aimait fréquenter.

24. La construction cinématographique (rythme, qualité du montage, mode de succession des séquences, etc.) soutient-elle l'intérêt du spectateur et contribue-t-elle à faire atteindre l'objectif du vidéo ?

⇒ Si non, devez-vous expliquer certains éléments de construction peu explicites ou confusionnels ? Lesquels ? Le ferez-vous avant ou après le visionnement ?

- a.
- b.
- c.

Illustration

Un document de plus d'une demi-heure basé sur la succession de témoignages de cinq femmes à propos de leur parcours d'alcoolique présente toujours les témoins dans le même contexte avec le même cadrage, ce qui risque d'induire chez le téléspectateur un effet de lassitude et une baisse de l'attention.

☞ Le traitement cinématographique de ce sujet apporte-t-il un plus par rapport à l'utilisation de supports écrits, de visites ou de témoignages réels. Quelles sont ses spécificités? Comment les exploiterez-vous?

.....

.....

.....

.....

Illustration

Un vidéo aborde plusieurs cas d'enfants atteints de mucoviscidose. Les premières minutes de ce document audio-visuel sont consacrées à une présentation des caractéristiques de chaque enfant en situant le niveau de la maladie auquel le spectateur devra être attentif.

☞ Quelles interventions prévoyez vous avant et après le visionnement pour favoriser la compréhension, l'analyse et l'application du message par le public ?

.....
.....
.....
.....
.....

Cinquième étape
Analyser les procédés cinématographiques
pour prévoir et ajuster l'impact du message sur le public

Quels sont les effets produits par les procédés cinématographiques ?	⇒	Quelles interventions prévoyez-vous pour amplifier ou limiter ces effets ?
--	---	--

21. Les types d'images (réelles, de synthèse, d'imagerie médicale, etc.), les prises de vues et plans de celles-ci, sont-ils adaptés au sujet et facilement compréhensibles ? ⇒ Devez-vous attirer l'attention sur certaines images afin d'en expliquer la signification, de rectifier ou de renforcer l'impression qu'elles pourraient avoir produit sur votre public ?

a.
b.
c.

Illustration

Un vidéo qui a pour but d'illustrer les mécanismes d'apprentissage et d'expérimentation des enfants entre un et deux ans montre, de face, un enfant introduisant la main dans un magnétoscope. Cette séquence, résultant d'un trucage, nécessite des explications car elle représente non seulement une situation invraisemblable, mais dangereuse.

22. L'utilisation des effets sonores (voix in et voix off, musique, bruitages) renforce-t-elle l'attrait et la compréhensibilité générale du message ? ⇒ Certains procédés sont-ils à souligner lors de l'exploitation ? Comment pourriez-vous en tirer parti ?

a.
b.
c.

1. Les objectifs généraux de la promotion de la santé et de l'éducation aux médias audiovisuels

Avant de s'interroger sur les apports spécifiques du vidéogramme en éducation pour la santé, il importe d'avoir clarifié les buts et finalités d'une animation ou d'une séquence de formation orientées vers la promotion de la santé des participants.

Pendant de nombreuses années, les personnels de santé ont privilégié une approche prescriptive et unidirectionnelle de la santé, fortement centrée sur la responsabilité individuelle. On pensait qu'il était suffisant de rendre les gens attentifs aux conséquences de leurs comportements pour modifier leurs manières de penser et d'agir. Cette approche s'est révélée peu fructueuse et il est apparu que les comportements individuels devaient être considérés dans un contexte plus large, qui intègre les composantes sociales et culturelles, économiques et environnementales, organisationnelles et institutionnelles. Il ne s'agissait plus seulement d'assurer une bonne compréhension du message, mais aussi d'installer les conditions propices à un changement de comportement.

L'ouverture à cette approche multidisciplinaire, à l'implication d'autres professionnels tels que les sociologues, pédagogues, spécialistes de la communication, voire ingénieurs et techniciens, dans les problématiques de santé, a conduit à définir de nouveaux objectifs et de nouvelles stratégies de prévention. Cette évolution a été formalisée et largement diffusée par la Charte d'Ottawa (1986).

«La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci»

La démarche de promotion de la santé passe par les objectifs stratégiques suivants :

- élaborer une politique publique saine;
- créer des milieux favorables;
- renforcer l'action communautaire;
- acquérir des aptitudes individuelles;
- réorienter les services de santé.

L'éducation pour la santé intervient principalement dans l'acquisition des aptitudes individuelles et le renforcement de l'action communautaire ou participation des populations, cette dernière pouvant in fine influencer l'évolution

des politiques publiques, des services de santé ou l'amélioration des milieux de vie.

L'enjeu de l'utilisation du document audiovisuel dans le cadre des interventions d'éducation pour la santé est le renforcement des aptitudes et de l'autonomie des individus par rapport à leur santé. Il s'agit non seulement d'enrichir leurs informations, mais aussi de les aider à mieux comprendre et analyser les phénomènes de santé, les soins et services médicaux. Au-delà, il importe de favoriser l'acquisition de certaines compétences pratiques et d'amener le spectateur à prendre conscience des possibilités d'être acteur de sa santé sur les plans individuel et collectif. Enfin, il faudra l'inciter à exploiter concrètement ces possibilités de participation.

La complexité des procédés audiovisuels n'est jamais un gage d'amélioration des apprentissages et des conduites. Au contraire, si le téléspectateur n'y est pas attentif, cette sophistication technologique peut devenir un moyen de capter et d'orienter son attention, de le faire adhérer à certaines thèses ou opinions, consciemment ou non. Dans l'optique d'une autonomisation des individus par rapport à leur santé, il peut donc être de première importance de les aider à prendre du recul par rapport aux messages diffusés par les médias audiovisuels.

Devenir un téléspectateur averti, un citoyen actif face à l'information audiovisuelle, être plus sensible à l'influence de l'esthétique de l'image et du son et plus conscient des modes de pensées que ces moyens de communications mettent en oeuvre dans l'esprit sont autant d'axes que l'éducation aux médias audiovisuels prend en compte⁴. L'objectif est d'acquérir un regard personnel sur l'audiovisuel, de s'approprier signes et messages, de les examiner de plus près.

Parfois une saine compréhension des messages diffusés par un document audio-visuel d'éducation pour la santé nécessitera une analyse des procédés mis en oeuvre par le réalisateur. Cette analyse pourra, selon les cas, être utile tant à l'animateur qu'aux participants.

⁴ Guide pour l'éducation aux médias audiovisuels. S'informer. S'informer. Se former. Bruxelles. Médiathèque de la Communauté française de Belgique. Octobre 1991

2. Les critères d'analyse du comité scientifique et pédagogique de la Collection Education pour la santé

L'ensemble des vidéogrammes disponibles à la Médiathèque est répertorié dans un catalogue général qui permet à l'utilisateur d'orienter son choix. Une notice présente de manière synthétique le contenu et les caractéristiques techniques de chaque film.

Pour les personnes souhaitant utiliser un document audiovisuel dans le cadre de l'éducation pour la santé, la Médiathèque propose des fiches spécifiques rassemblées dans le Catalogue-guide d'Education pour la Santé. Ces fiches sont rédigées sur la base de l'avis d'experts issus de diverses disciplines et secteurs professionnels (éducation, communication, santé).

Ce travail a pour but moins de cautionner ou d'écarter des documents vidéo que d'en révéler les facettes parfois cachées, d'en identifier les lacunes et de proposer des modes d'utilisation. L'intention est de faciliter le choix de l'utilisateur, d'enrichir et de nuancer le court résumé et la fiche technique qui accompagnent tout film.

Le recours à une démarche d'analyse systématique, reposant à la fois sur des critères scientifiques, pédagogiques et cinématographiques permet aux experts de ce comité de :

- dépasser les premières impressions, limiter leur subjectivité;
- élargir l'éventail des critères utilisés par tout individu en fonction de son expérience et de son secteur professionnel;
- se référer à un langage commun;
- structurer la communication entre eux;
- accroître la rapidité de rédaction d'une appréciation synthétique.

Les résultats de cette démarche d'analyse font l'objet d'une mise en commun et d'une recherche de consensus pour aboutir à la rédaction de l'avis figurant sur la fiche d'appréciation. Grâce à la pluridisciplinarité du comité, cet avis prend en compte une grande diversité de situations d'utilisation.

Cette approche rigoureuse est facilitée par l'utilisation d'une grille d'analyse composée de 6 rubriques, dont voici une brève présentation.

1. Le descriptif

Le document est répertorié selon le thème principalement développé et selon une série de mots-clés établis sur la suggestion du comité

d'experts. L'utilisation de ce double système de classification permet au public de s'y retrouver rapidement et de rendre plus efficace sa première sélection d'un vidéo, dans la mesure où le titre d'un vidéogramme est, dans la plupart des cas, peu explicite.

2. Les objectifs du document audiovisuel

Il est important de chercher à déterminer le niveau de complexité des effets attendus auprès du public-cible. Il est très différent en effet de l'aider à acquérir de nouvelles informations ou de le pousser à une analyse critique. Il est très différent également de provoquer une prise de conscience d'un problème ou de provoquer la décision de modifier son comportement ou encore de donner les moyens pratiques de réaliser ces modifications. Les objectifs identifiés résultent de l'analyse du document par les experts, il est donc possible qu'ils ne recouvrent pas toujours exactement les objectifs annoncés par le réalisateur.

Les types d'objectifs suivants sont distingués :

- **cognitifs** : amener le téléspectateur à prendre connaissance d'éléments d'information; à comprendre des mécanismes (physiologiques, psychologiques, sociologiques, économiques,...); à analyser, évaluer, synthétiser les informations relatives à une problématique.
- **psychomoteurs** : amener le téléspectateur à acquérir des gestes normés ou prédéfinis, à adopter des gestes personnels;
- **affectifs** : amener le téléspectateur à prendre conscience d'un problème, à prendre position par rapport au problème, à appliquer de nouveaux comportements, par rapport à lui-même ou par rapport à autrui.

3. Le contenu du document

Les critères d'évaluation du contenu se regroupent autour de deux axes.

- **La rigueur** : le document contient-il des erreurs et/ou des incohérences? Celles-ci portent-elles sur des messages essentiels? Certains aspects de l'information sont-ils négligés? Ces omissions entravent-elles la réalisation des objectifs du document? Relève-t-on des partis pris,

Illustration

Etre témoins, vingt minutes durant, de la fin de vie et de l'agonie d'enfants atteints du sida à la suite d'une transfusion de sang contaminé peut bouleverser un public non averti au point de rendre impossible un débat plus général sur les possibilités d'accompagnement des sidéens et de prévention tertiaire auprès de ce public.

18. Joue-t-on sur des sentiments positifs (responsabilité, humour, respect, confiance, espoir) plutôt que négatifs (crainte, honte, culpabilité) ?

⇒

Est-il possible d'exploiter le ton du document avec votre public ? Comment le feriez-vous ?

.....
.....

Illustration

Un document basé sur des témoignages de couples à propos de leurs difficultés à s'occuper d'un tout jeune premier enfant dégage-t-il une impression de respect par rapport aux témoins, à leur vécu, voire à leur douleur, à leurs erreurs et faiblesses ?

19. Le vidéo facilite-t-il la compréhension de l'information :
■ débit et densité des informations, ■ complexité du vocabulaire, ■ schémas, exemples, illustrations, concrétisations, ■ etc.

⇒

Quel(s) passage(s), quelles notions est-il nécessaire d'expliquer ? Avant ou après le visionnement ?

- a.
b.
c.
d.

Illustration

Un vidéo consacré à la plasticité cérébrale est construit sur une alternance de séquences d'apprentissage d'un violoniste virtuose et de schémas issus de l'imagerie médicale accompagnés d'un bref commentaire. Le vocabulaire et les concepts employés dans ces commentaires sont trop techniques et trop nombreux pour que le spectateur puisse en retenir des informations très précises. Ce document sera donc utilisé dans une perspective de sensibilisation ou d'illustration, en complément d'autres stratégies d'apprentissage du fonctionnement cérébral.

20. Le vidéogramme facilite-t-il l'analyse et la synthèse du message global et la rétention des éléments importants ? ■ structuration du message et cohérence des fils conducteurs, ■ répétitions et moyens mnémotechniques, ■ énonciation et illustrations de règles, ■ etc.

⇒

Que prévoyez-vous dans votre cours (répétitions, transparents, moyens mnémotechniques) pour favoriser la rétention d'information ?

- a.
b.
c.
d.

Quatrième étape
Repérer et mettre en place des procédés psychopédagogiques
qui suscitent l'intérêt et favorisent l'apprentissage

Quels procédés sont utilisés dans le vidéo ?	Quels procédés complémentaires prévoirez-vous pour votre animation ?
<p>15. Informe-t-on le spectateur sur ce qu'il va apprendre? Les objectifs sont-ils clairement énoncés dès le départ ?</p> <p><i>Illustration</i></p>	<p>Quels arguments utiliserez-vous pour convaincre votre public de l'intérêt de cette séance et présenter son contenu ?</p> <p>a.</p> <p>b.</p> <p>c.</p> <p><i>Un vidéo d'éducation sexuelle et affective destiné à de jeunes enfants d'école primaire commence par une séquence où des personnages animés représentant des enfants expriment, dans leur langage, une série de questions sur le corps et la sexualité, questions qui trouveront réponse dans le cours du document.</i></p>
<p>16. Le spectateur a-t-il suffisamment de possibilités d'identification de lui-même, de son entourage, de son milieu de vie, de ses expériences aux informations et personnages présentés dans le vidéo.</p> <p><i>Illustration</i></p>	<p>Si non, à partir de quels exemples proches du vécu, pourriez-vous impliquer votre public ?</p> <p>a.</p> <p>b.</p> <p>c.</p> <p><i>Les témoignages présentés pour illustrer les possibilités de réactions positives face à un deuil sont tous empreints des valeurs typiques de milieux intellectuels et bourgeois relativement favorisés sur les plans matériel et intellectuel. Cette sélection univoque risque de diminuer l'impact de l'utilisation du programme auprès de groupes de populations d'autres milieux, qui réagissent selon d'autres schémas culturels et vivent dans d'autres conditions.</i></p>
<p>17. Le vidéo présente-t-il des éléments à forte résonance émotionnelle, qui risquent d'entraîner un rejet de la part de spectateurs trop impliqués dans le sujet ou au contraire un désintérêt de la part de ceux qui n'en ont pas une expérience personnelle préalable ?</p>	<p>Quelle préparation introduiriez-vous dans l'animation pour atténuer ces effets de rejet ou de désintérêt ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Que ferez vous à l'issue du visionnement pour aider votre public à maîtriser ces éléments émotionnels ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

un ton passionnel, du militantisme, des caricatures, un manque de nuances qui risquent de provoquer des effets non souhaitables chez le spectateur?

- *La pertinence* : un manque de pertinence peut résulter de la présence d'informations peu appropriées au thème et/ou aux objectifs du programme, en référence au consensus établi par les experts de cette problématique; il peut provenir d'une approche désuète de la question ou au contraire d'une approche très actuelle mais qui sera rapidement dépassée; il peut enfin refléter la présence de problèmes éthiques soit dans les thèses défendues, soit dans la manière de traiter l'information.

4. Les procédés psychopédagogiques

L'analyse de ceux-ci est basée sur l'hypothèse que l'implication du spectateur et un traitement pédagogique des informations renforcent l'impact du programme.

- *L'implication du spectateur* :
 Il s'agit de déterminer la présence de procédés qui stimulent et maintiennent l'intérêt du téléspectateur pour le message diffusé par le média :
 - des exemples proches du vécu, des possibilités d'identification avec les personnages du programme, la confiance inspirée par ceux-ci, etc.
 - l'évocation de sentiments positifs, la présence d'un humour judicieux, etc.
 - l'interpellation du téléspectateur, l'annonce des objectifs et de l'intérêt du sujet pour le téléspectateur.
- *La compréhension* :

Ce terme recouvre les procédés utilisés en vue de faciliter la compréhension et la rétention de l'information voire les apprentissages (de règles, de gestes, d'attitudes, etc.). On cherchera donc à identifier la présence de mises en évidence, de concrétisations, de répétitions, de moyens mnémotechniques. On s'interrogera sur le débit des informations, sur la cohérence et la structuration de l'ensemble du contenu du programme (argumentation de la thèse, fil conducteur, etc.).

5. Les procédés cinématographiques

Il s'agit d'abord d'identifier les caractéristiques de *l'image* (échelle des plans, angle de prises de vue, type d'images - réelles, truquées, de synthèse -, etc.), de *la mise en séquence* (montage linéaire, utilisation du flash-back, traitement descriptif ou narratif, dramatisation, etc.), de *la bande son* (musiques, bruitages, voix in-off, etc.) et ensuite de les apprécier selon trois critères :

- *l'intelligibilité* : la signification des images et des sons, les effets recherchés par ceux-ci et par la mise en séquence sont-ils faciles à interpréter? Se renforcent-ils l'un l'autre pour structurer et faire comprendre les informations essentielles du document?
- *l'attractivité* : la mise en forme cinématographique contribue-t-elle à rendre le vidéo attractif pour le spectateur et à maintenir son attention tout au long de celui-ci?
- *la pertinence* : le choix et le traitement des éléments cinématographiques sont-ils adéquats par rapport au sujet traité et à l'objectif poursuivi?

6. La synthèse

Au terme de ce cheminement, les experts formulent un avis de synthèse. C'est celui-ci qui figurera sur la fiche du Catalogue-guide. Les rubriques suivantes y sont abordées :

- une définition du *public cible* susceptible de tirer profit du document, voire la mention d'un public spécifique auquel le document est particulièrement adapté;
- une *appréciation* des points forts et des limites du document sur les plans scientifique, pédagogique et cinématographique, la formulation de *réserves* si l'une ou l'autre lacune apporte un biais majeur dans l'utilisation;
- des *conseils d'utilisation* suggérant des modalités d'animation ainsi que des ressources complémentaires (brochures, associations spécialisées, matériel didactique, etc.) qui rendront optimale l'utilisation du document.

3. Une démarche d'analyse personnalisée

L'information reprise sur les fiches du Catalogue-guide oriente l'utilisateur dans le choix et l'exploitation d'un document audiovisuel. La démarche proposée ici devrait lui permettre d'aller plus loin et d'adapter l'avis repris sur la fiche à la spécificité de son public et de sa situation d'animation.

Cette analyse complémentaire devrait favoriser l'émergence d'informations plus nuancées notamment quant à la pertinence du contenu par rapport aux objectifs de l'animateur, à l'attractivité des éléments cinématographiques pour son public et à l'adéquation des caractéristiques psychopédagogiques à celui-ci (densité des informations et complexité du langage, possibilités d'identification aux personnages, crédibilité des interlocuteurs, etc.).

Il est proposé à l'animateur de réaliser une analyse dont les étapes et les critères sont ceux utilisés par les experts. Cependant pour rencontrer les besoins spécifiques de l'animateur, les questions concernant l'analyse du vidéogramme (colonne de gauche) et les séances d'animation (colonne de droite) sont à chaque fois placées en vis-à-vis. Dans la mesure du possible, elles sont accompagnées d'illustrations concrètes.

L'analyse ayant pour but de conduire à une décision (*maintien simple, accompagnement spécifique ou rejet du document audiovisuel*), l'option pour une réflexion progressive a été privilégiée. Ainsi, des espaces vides ont été prévus à la fin de chaque étape pour laisser place à des notes de synthèse.

Première étape Quelques informations préalables à l'analyse

Commençons par préciser les objectifs de votre séance d'animation et les caractéristiques de votre public ainsi que les informations dont vous disposez sur le vidéo et vos premières impressions à l'examen de celui-ci.

☞ **Les objectifs de votre séance :** précisez-les et retenez-en un ou deux qui sont prioritaires.

.....

.....

.....

Il est essentiel de réfléchir à une formulation précise de ces objectifs, car ils représentent votre point de référence tout au long de la préparation et de la réalisation de votre animation.

☞ **Consultez** ensuite **la liste suivante** pour préciser le niveau des objectifs que vous cherchez à atteindre.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Accroître l'information | <input type="checkbox"/> Découvrir de nouvelles conduites |
| <input type="checkbox"/> Corriger l'acquisition d'informations erronées | <input type="checkbox"/> Apprendre à appliquer de nouvelles conduites |
| <input type="checkbox"/> Susciter et renforcer l'intérêt pour un sujet | <input type="checkbox"/> Permettre la verbalisation des sentiments |
| <input type="checkbox"/> Favoriser la compréhension de celui-ci. | <input type="checkbox"/> Consolider ses représentations |
| <input type="checkbox"/> Favoriser la rétention des informations | <input type="checkbox"/> Remettre en cause ses représentations |
| <input type="checkbox"/> Susciter de nouvelles opinions | <input type="checkbox"/> Permettre un moment de détente |
| <input type="checkbox"/> Autres : | |

Illustration

Le document oublie, par exemple, de parler spécifiquement du tétanos lors de la présentation d'un programme de vaccination pour enfants?

Dans un dessin animé d'éducation sexuelle et affective, la représentation du flux menstruel chez les jeunes filles s'éloigne des mécanismes réels et risque d'induire des idées fausses auprès de votre jeune public.

13. Le contenu du vidéo soulève-t-il des questions d'ordre éthique ?

⇒ Ces problèmes liés à l'éthique pourront-ils être discutés lors de l'animation ? Comment pensez-vous les aborder ?

.....

.....

.....

Illustration

Une séquence met en scène un médecin généraliste qui présente systématiquement à ses patients des recommandations sur leur hygiène de vie; dans la séquence suivante, le même médecin grignote entre deux visites parce qu'il a rarement le temps de prendre un vrai repas en famille, dit-il !

14. Les informations fournies par le vidéo sont-elles toujours pertinentes par rapport à l'actualité sur le sujet ?

⇒ Si non, ces informations sont-elles quand même utilisables pour votre animation, dans le cadre d'une réflexion plus large ou pour leur valeur historique. Comment les intégrerez-vous ?

.....

.....

.....

Illustration

Pour aborder le bon usage des médicaments, est-il pertinent d'utiliser une émission d'information du consommateur sur les effets secondaires néfastes d'un médicament actuellement retiré de la vente ?

☞ A la suite de cette analyse, quelles informations supplémentaires devez-vous prévoir pour votre animation ? Comment pensez-vous les aborder ? Quels supports envisagez-vous d'utiliser ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Troisième étape
Enrichir l'un par l'autre le contenu du vidéo et de l'animation

Quelles informations donne le document vidéo?	⇒	Quelles informations développerez vous dans le reste de votre animation ?
---	---	---

9. Le vidéo aborde-t-il un ou des sujet(s) que vous n'aviez pas prévu(s) ? Lesquels ? ⇒ Ces sujets sont-ils possibles à intégrer de manière cohérente à votre animation? Comment?

Illustration Au milieu d'un programme d'éducation sexuelle et affective pour des enfants d'école primaire, vous découvrez une courte séquence consacrée aux abus sexuels.

10. Le document omet-il un sujet que vous aviez prévu ? Lequel ? ⇒ Si vous jugez essentiel de fournir quand même cette information, comment prévoyez-vous de la présenter : explication complémentaire, autre vidéo, intervenant extérieur, visite sur le terrain, dépliant, brochure, etc. ?

Illustration Un programme consacré aux problèmes d'obésité et de poids chez les jeunes femmes omet de parler de l'image véhiculée par les revues féminines et la publicité.

11. La compréhension du contenu du vidéo suppose-t-elle que certaines informations soient connues au préalable? ⇒ Si oui, quelles sont les notions indispensables à présenter et à expliquer avant de visionner la cassette?

a.
 b.
 c.

Illustration Pour comprendre les informations fournies dans les interviews de spécialistes sur les thérapies géniques, il faut posséder quelques notions fondamentales de génétique (chromosome, A.D.N., gène et génôme, cellule et mécanismes de reproduction cellulaire, etc.)

12. Avez vous relevé dans le vidéo des erreurs, des omissions, des partis pris, etc., qui entravent une approche rigoureuse du sujet ? ⇒ Prévoyez-vous d'ajuster/corriger l'information transmise et comment ?

a.
 b.
 c.

Caractéristiques de votre public :

- sexe : masculin féminin
- âge : enfants adolescents adultes personnes âgées
- niveau social :
- niveau de scolarisation :
- particularité professionnelle :
- particularité émotionnelle (état mental, solitude sociale, etc.) :
- particularité culturelle (ethnique ou religieuse) :
- taille du groupe : plus de 12 participants moins de 12 participants

Caractéristiques du vidéogramme

Caractéristiques de votre situation d'animation

Durée du vidéo : minutes **Temps total disponible** pour le visionnement et l'animation : heure minutes

⇒ De combien de temps disposez-vous pour

a) introduire le sujet et le vidéo : minutes

b) exploiter le message et les réactions du public : minutes

Titre du vidéogramme : **Sujet de votre séance de formation :**

Quelles conclusions pouvez-vous tirer sur la base des informations inscrites sur la fiche du Catalogue-guide du vidéogramme que vous avez sélectionné?

.....

Après avoir précisé les objectifs et les contraintes de votre séance d'animation, il est important que vous **VISIONNIEZ** une première fois le document, en tant que simple spectateur.

Notez, alors, en quelques mots, vos impressions, même si elles vous paraissent marquées par l'émotion et l'intuition.

.....

Si, à cette étape de l'analyse, aucun élément majeur ne s'oppose à l'utilisation de ce programme, il est utile que vous continuiez l'analyse en passant en revue successivement les objectifs que cherche à atteindre le document audiovisuel, le contenu des informations et les procédés psychopédagogiques et cinématographiques employés.

Deuxième étape
Comparer les objectifs du vidéo et ceux de l'animation

Qu'apporte le document vidéo ?	⇒	Quels éléments mettre en évidence pour renforcer l'adéquation du vidéo à vos objectifs ?
--------------------------------	---	--

1. Votre public découvrira-t-il des informations nouvelles pour lui dans ce vidéo ? ⇒ Lesquelles de ces informations jugez-vous les plus utiles pour votre séance ?

a.

b.

c.

Illustration Pour parler des conséquences du tabac sur la santé, est-il nécessaire que votre public sache que le nombre de fumeurs en Belgique a chuté de 15% en 10 ans ?

2. Le vidéo aide-t-il à mieux comprendre certains phénomènes, certains mécanismes ou procédures ? ⇒ Quelles sont les séquences qu'il sera utile d'exploiter lors de l'animation ?

a.

b.

c.

Illustration Comprend-on mieux le mécanisme du tiers payant dans les mutuelles? Est-il utile de repasser une séquence présentant un schéma, une explication, etc.?

3. Le vidéo favorise-t-il une analyse critique du sujet ? ⇒ Quels sont les éléments qui vous permettront d'argumenter le sujet abordé ?

a.

b.

c.

Illustration Les avantages et inconvénients des différentes méthodes contraceptives sont-ils clairement présentés ?

4. Le vidéo illustre-t-il de nouveaux comportements normés (gestes standards) de manière à en permettre l'apprentissage ? ⇒ Avez-vous prévu de consacrer une partie de l'animation à perfectionner l'apprentissage de ces gestes ? Si oui, comment ?

a.

b.

c.

Illustration Présente-t-on de façon concrète les gestes à appliquer pour un brossage de dents efficace ?

5. Le vidéo favorise-t-il l'acquisition de gestes personnels ? ⇒ Avez-vous prévu de stimuler l'acquisition de ces gestes au cours de votre animation. Si oui, comment : application personnelle par les divers participants, exercices, analyses de cas, etc. ?

a.

b.

c.

Illustration Illustre-t-on de façon diversifiée et en les justifiant la manière de réaliser les activités quotidiennes pour prévenir les maux de dos?

6. Le vidéo entraîne-t-il une prise de conscience par rapport à certains problèmes ou à certaines possibilités de prévention ? ⇒ Quels sont les éléments sur lesquels vous souhaitez accroître la prise de conscience de votre public ?

a.

b.

c.

Illustration Le document sensibilise à l'impact affectif d'une hospitalisation d'enfant sur l'enfant lui-même, sa famille et sur le personnel soignant, mais aussi à l'importance du traitement de la douleur chez l'enfant.

7. Le vidéo prend-il position en faveur de certaines opinions ou pratiques ? ⇒ A quelle(s) position(s) souhaitez-vous que votre public adhère ?

.....

.....

Souhaitez-vous apporter des nuances par rapport à ce qui est présenté ?

.....

.....

Illustration Le vidéo cherche à convaincre des bienfaits de l'adoption pour l'enfant adopté lui-même, ses parents et sa fratrie.

8. Le document stimule-t-il le spectateur à adopter certains comportements ? ⇒ Sur quels éléments vous appuyez-vous pour structurer votre argumentation ?

a.

b.

c.

Illustration Le vidéo encourage les spectateurs qui souffrent d'un problème d'inflammation du canal carpien à introduire une demande de reconnaissance auprès du Fonds des maladies professionnelle.

☞ A la suite de cette analyse, quelles modifications ou quelles précisions apportez-vous à vos objectifs de départ ?

.....

.....

Programme de prévention des
brûlures chez les enfants



**'D'abord de l'eau,
pour sauver ma peau'**

Brochure pédagogique



L'ensemble des documents est réalisé avec le soutien de la
Communauté française de Belgique et de l'ASBL Educa-Santé



ABB, rue de Bruxelles 120, 5000 Namur
Infor Santé. Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles



Sommaire

Introduction	p.	3
Ampleur du problème	p.	4
'D'abord de l'eau, pour sauver ma peau'	p.	5
• Aide et prévention sur mesure		
• Matériel		
Les brûlures chez les enfants	p.	6
Classification des brûlures	p.	8
• Par causes		
• Par étendue et profondeur		
Calcul de la surface de corps brûlée	p.	9
Trois degrés de brûlure	p.	10
Dissection de la peau et profondeur de la brûlure	p.	11
Les premiers secours en cas de brûlure: que faut-il faire?	p.	12
Le 'cooling'	p.	13
Se rendre immédiatement à l'hôpital ou dans un centre spécialisé ..	p.	14
Prise en charge et traitement	p.	15
• Dans un centre de brûlés		
• Rééducation		
• Accompagnement psychosocial		
Prévention	p.	17
• Information et éducation		
• Prévention de brûlures à la maison:		
la cuisine		
le living		
la salle de bains		
autres risques domestiques		
Avez-vous chez vous un plan d'évacuation en cas d'incendie?	p.	22
Les règles d'or pour un barbecue en toute sécurité	p.	23
10 principes de base	p.	24
Votre détecteur de fumée	p.	25
Quelques adresses utiles	p.	27

Quelques adresses utiles

Urgences

Tél.: 100

Pompiers

Tél.: 100

Vous pouvez également joindre ce service de secours en composant les numéros de téléphone repris dans la liste communale concernée sous la rubrique 'pompiers' ou 'administration communale'.

Centres de brûlés

- Hôpital Militaire Reine Astrid - Centre de brûlés

Rue Bruyn 1

1120 Neder-over-Heembeek

Tél.: 02/264.41.11

- Centre Hospitalier Universitaire du Sart-Tilman

Domaine Universitaire Sart-Tilman

4000 Liège

Tél.: 04/366.71.11

- I.M.T.R.

Rue de Villers 1

6270 Loverval

Tél.: 071/36.20.50

- Hôpital universitaire Saint-Pierre

rue Haute 322

1000 Bruxelles

Tél.: 02/535.31.11

- Hôpital Universitaire des Enfants (HUDE) - Burn Unit

Place Van Gehuchten

1020 Bruxelles

Tél.: 02/477.21.11

Associations

- Fondation Nationale d'Aide aux Grands Brûlés

Chaussée de Vleurgat 221

1050 Bruxelles

Tél.: 02/649.65.89 (permanence journalière de 9 à 13 heures)

- Belgian Follow-up Burn Group a.s.b.l.

Avenue Mutsaard 78/30

1020 Bruxelles

Tél.: 02/268.62.89

- Centre Anti-Poisons

Tél.: 070/245.245

BRUXELLES: Anderlecht: De Smeth, Pl. Bizet 27; Wellemans, Bd. S. Dupuis 191; Berchem-Ste-Agathe: Daelman, Chée de Gand 1185; Etterbeek: Graulich, r. de la Science 23-25; Haren: Herman, r. de Verdun 431; Jette: Vercammen, Bd. Léopold I, 472-474; Koekelberg: Van den Bergh, av. du château 4; Neder-over-Heembeek: Primerose, chemin du Rossignol 60; Rhode-St-Genèse: Pessemer, Chée de Hal 130; Schaerbeek: De Jonghe, Pl. de Helmet 4; Uccle: Brandhof, r. Vanderkindere 86; Wemmel: Verbelen, Av. du Maalbeek 54; Wezembeek-Opem: Smets, r. Gergel 52; Woluwe-St-Lambert: Verbruggen, Av. du Prince Héritier 85; Woluwe-St-Pierre: Debusschere, Av. de Hinnisdael 14 A2

BRABANT WALLON: Beauvechain: Vervaren, r. du Village 21; Braine-L'Alleud: Baes, Chée Reine Astrid 104; Clabecq: Maes, Pl. Josse Goffin 6; Corbais: Fauvie, r. de la Dime 22; Couture-St-Germain: Declercq, Rte de L'Etat 268; Gentinnes: Coosemans, r. Golard 12; Grand-Rosière-Hottomont: Libert, Chée de Namur 107; Grez-Doiceau: Louis, r. de Bayarmont 8; Hamme-Mille: Duculot, Chée de Namur 1A; Houtain-Le-Val: Longe, r. D. Marlières 1; Jodoigne: Doyen, r. de la Fontaine 3; Genappe: Girboux-Cambier, Chée de Charleroi 52; Nivelles: Baffrey, r. St. André 2; Godfrain, r. Demulder 42; Orp-Le-Grand: Masson, r. Henri Grenier 82; Perwez: Hardy, r. des Carrières 26/1; Rixensart: Decastiau, r. Haute 30; Roux-Miroir: Badert, r. de Chaumont 15; Tourinnes-St-Lambert: Pauly, r. D'Enfer 34; Tubize: Demaré, Bd. Georges Deryck 91; Walhain-St-Paul: Simon, r. Chevequeue 10

LIEGE: Ans: Nelis, Av. de L'Europe 97; Aubel: Xhonneux, r. Kierberg 9; Battice: Califice, r. Thier-Martin 103; Baelen: Creutz, rte d'Eupen 7B; Bressoux: Fautre, r. W. Churchill 377; Evegnée-Tigné: Meys, r. Templet 24; Feneur: Ruwet, Voie des Fosses 61; Ferrières: Stelet, Ferot-le-Fourneau 7; Spa-Francorchamps: Poumay, Rte du Circuit 19; Gemmenich: Kessels, Schroubel 10; Hannut: Pasteels, r. de Corthys 4; Henri-Chapelle: Thissen, rte Charlemagne 77; Hermée: Deuse, r. du Poncay 15; Herve: Colyn, r. Thier Martin 145; Malmédy: Jeuckens, r. St. Hilaire 21; Nandrin: Lejeune, r. Rolee 3; Oline: Schmetz, r. Falise 2; Pousset: Gefraco, r. du Monastère 5; Seraing-le-Chateau: Pauly, r. de Verlaine 18; Sougne-Remouchamps: Carpentier, r. Houbiere 6; St-Georges-sur-Meuse: Delbrouck, r. du Centre 46; Terwagne: Echterbille, r. de la Station 15; Thimister: Bragard, r. de L'Égalité 23; Verviers: AAB, r. Hurard 51/53; Waimes: Blaise, r. de marché 23; Wanze: De Smidt, Chée de Waremmes 4 C; Waremmes: Doucet, Av. E. Vandervelde 31 C; Pirotte, R. de Petit-Axhe 4; AAB, r. de Huy, 19/1; Welkenraedt: Speeljens, maison Blanche 178

NAMUR: Beauraing: AAB, r. de Dinant, 16-18; Bièvre: Yzebe, Rte de Dinant 14; Bouge: AAB, r. du Grand Feu 117; Lambert, Pl. des Tilleuls 14; Ciney: Dewez, r. Martin Morimont 66; Dinant: Van Haverbeke, r. d'Anseremme 110; Doische: Henquin, r. Martin Sandron 2; Egeze-Dhuy: Mathieu, r. D'Ostin 16; St-Servais-Emines: Thiry, Trieux des Gouttes 47; Ernages: Ernst, E. Labarre 44; Falisolle: Rubay, r. St-Roch 3; Gedinne: Clarinval, r. Les Fosses 20; Gelbresse: Guisset, r. D.L. Bourgogne 38; Gembloux: Hanset, Av. de la Faculté d'agronomie 57; Han-sur-Lesse: Davreux, r. de la Lesse 14; Namur: Storms, Av. Gouverneur Bovesse 117/6; Jambes: Hossay, Chée de Marche 278; Lavaux-Ste-Anne: Giot-Lejeune, r. de Froildieu 3; Le Roux: Rovelassur, r. Lt. Cotelte 22; Mariembourg: Anciaux, r. Cdt Alliot 6; Mettet: Dermout, r. Reine Elisabeth 6; Philippeville: AAB, r. de la Reine, 8; Profondville: Bragard, r. du Pré au Loup 61; Naninne; Couvin: Valentin, r. des Forges 18; Senzeille: Borgniet, r. de la Fontaine 117; Villers-Le-Gambon: Delobbe, Rte de Givet 13; Walcourt: Ernest, r. des Bergeries 19; Wierde: Lecomte-Willern, Square des Gives 5

HAINAUT: Anseroel: Bossu, Rte Provinciale 19 A; Ath: AAB, Pl. des Capucins, 16; Vandemeulebroucke, Pl. de Villers-St-Amand 16; Baileux: Druart, r. Petin 1; Bailleul: Lehoucq, r. M. Nottebaert 20; Beaumont: AAB, r. G. Michiels 56; Blaugies: Alloin, Rte Verte 71; Blicquy: Quintin, r. de Moulbaix 11; Boussu: Pilate, r. du Centenaire 28; Carnières: Morsiau, r. du 22 Août 34; Charleroi: Espace-Services, r. de Marcinelle 99; AAB, r. Prunier 1; Dottignies: Walcarius-Joncheere, r. Basse 59; Flobecq: Degueldre-Rolland, Place 3; Frameries: Van Holm, r. de Quaregnon 11 A; Thuin: Genot, r. des Eglantines 20; Gozé; Fleurus: Lambert, Rte de Gosselies 568; Servais: Biernaert, r. A. Oleffe 43; Hollain: Loy, r. de Jollain 13; Le Roeulx: Paintestre, r. d'Houdeng 32; Leuze: Differding, r. de Conde 153; Luignne: Lefebvre, r. de la Liesse 16; Enghien: Vast, r. Benjamin Lebrun 23; Merbes-Ste-Marie: Segaert, r. Joseph Wauters 14; Nalinnes: Paquet, r. Warinaue 89; Pipaix: Terweduwe, r. de L'Eglise 11; Pottes: Malisse, r. Neuve 1; Rebaix: Horlait-Vanden Meersche, r. Princesse Astrid 38; Sily: De Springer, r. de Sily 52; Sivry: Coppee, r. St. Roch 1; Soignies: AAB, Grand Place 9; Solbreux, Chée de Roeulx 133; Taintignies: Bariseau, r. de la Digue 59; Templeuve: François, r. de Roubaix 2; Tournai: Michez, r. G. Charlier 163; AAB; Warneton: Vandermarliere, Pl. de la Station 14; Wiers: Huysmans, r. St. Hubert 5; Wodecq: Lenoir, Paradis 28.

LUXEMBOURG: Arlon: AAB, r. des Faubourgs 7-9; Aubagne: Mercatoris, r. Perbal 110; Bastogne: AAB, r. Jean Beck 29; Charneux: r. de Marche 169; Fauvillers: Dauby, Menufontaine 19; Gouvy: Léonard, r. de la Gare 10; Leglise: Balbeur, Haute Voyer 2; Libin: Plainnevaux, r. du commerce 54; Libramont: AAB, Av. de Bouillon 29; Marche-en-Famenne: AAB, Av. de la Toison d'Or 18; Meix-le-Tige: Kemp, r. d'Udange 35; Ochamps: Marson, r. Ermaumont 100; On: Bihain-Magis, r. Delvigne 37; Paliseul: David, r. de la Station 90; Sohier: Bernard, r. Haute 26; St-Hubert: Guillaume-Gabriel, r. de Freux 39, Vesqueville; Vielsalm: Bertimes, r. de l'Entraide 9 A

De tous les accidents, la brûlure est certainement l'un des plus graves.

En effet, les patients souffrant de brûlures sont plus souvent en danger de mort que les patients victimes d'autres blessures dues à un accident. Une des raisons pour lesquelles les brûlures de la peau peuvent avoir des conséquences aussi graves réside dans le fait que le corps humain supporte mal la perte des fonctions de la peau. Souvent, la brûlure de la moitié de la surface du corps est fatale pour la plupart des victimes, alors que par exemple la perte d'un rein n'influence que très peu le bon fonctionnement de l'organisme d'un patient.

Chez les enfants, les conséquences sont souvent encore plus graves.

Les enfants supportent plus mal les toxines libérées par les brûlures. Par ailleurs, leurs défenses immunitaires sont encore trop peu développées pour combattre les infections presque inévitables en cas de brûlure.

Les patients souffrant de brûlures se distinguent d'autres victimes souffrant de blessures graves.

Ils vivent souvent l'accident qu'ils subissent en toute conscience. Même les victimes de brûlures graves sont parfois tout à fait conscientes après l'accident et ce n'est que quelques heures plus tard que l'état du patient se dégrade rapidement et qu'apparaît un syndrome révélant que presque tous les systèmes organiques sont touchés: la maladie dite des brûlés. C'est alors que commence une période - souvent très longue - d'isolement, de soins douloureux et de multiples interventions chirurgicales.

Il est clair que ces événements et interventions traumatisants constituent une grande charge psychologique, surtout pour le jeune enfant et pour ses parents.

La soudaineté de la situation ne permet pas une préparation de l'enfant à l'hospitalisation et aux premières interventions qui s'imposent, l'ensemble des événements sera d'autant plus traumatisant pour la jeune victime. Ces événements provoqueront également un choc chez les parents: dans certains cas, leur enfant peut devenir méconnaissable et ils se sentent tiraillés entre la peur des conséquences et des sentiments profonds de culpabilité. Suite à l'accident, leur vie a subi un bouleversement dramatique susceptible d'entraîner dans la famille une période de crise grave qui persistera des années durant.

Ampleur du problème

Accidents

En 1991, il y a eu dans notre pays 58.000 accidents de la route avec morts ou blessés et près de 264.000 accidents du travail.

Au cours de cette même année, le nombre d'accidents dans la vie privée se montait à 460.000, dont 2.300 accidents mortels. Près de la moitié de ces accidents de la vie privée sont survenus dans la maison ou dans les environs immédiats de celle-ci.

Victimes d'accidents de la vie privée

55 % des victimes d'accidents de la vie privée sont des enfants ou des jeunes. Pour les plus petits, les accidents surviennent en général dans la maison. La chute est l'accident le plus fréquent chez les enfants suivie des cas de contusion d'un membre. Les coupures et les blessures causées par des objets tranchants viennent en troisième position. L'ingestion d'objets occupe la 4e place et touche principalement les enfants de 1 à 4 ans.

Les brûlures

Les brûlures viennent en cinquième position et représentent:

- 6 % des accidents de la vie privée chez les enfants de moins d'un an;
- 3 % chez les enfants entre 1 et 4 ans;
- 2 % des blessures chez les enfants âgés de 5 à 14 ans.

Enregistrement des 'Accidents dans la vie privée',

EHLASS 1994

(European Home and Leisure Accident Surveillance System)

3,3 % des accidents par brûlure nécessitant des soins à l'hôpital
concernent des enfants de moins d'un an,
12,8 % des enfants de 1 à 4 ans
et 10,2 % des enfants de 5 à 14 ans.

Qui vous prévient avant que vous ne préveniez les pompiers?

6 minutes. C'est le temps moyen qui vous reste pour quitter votre domicile dès qu'un incendie s'y déclare. Il est donc vital de le déceler le plus rapidement possible. Le jour, et surtout la nuit. Parce que pendant votre sommeil, vous inhalez la fumée sans vous en rendre compte. Et ce, jusqu'à l'asphyxie totale.

Alors réveillez-vous : installez un détecteur de fumée.

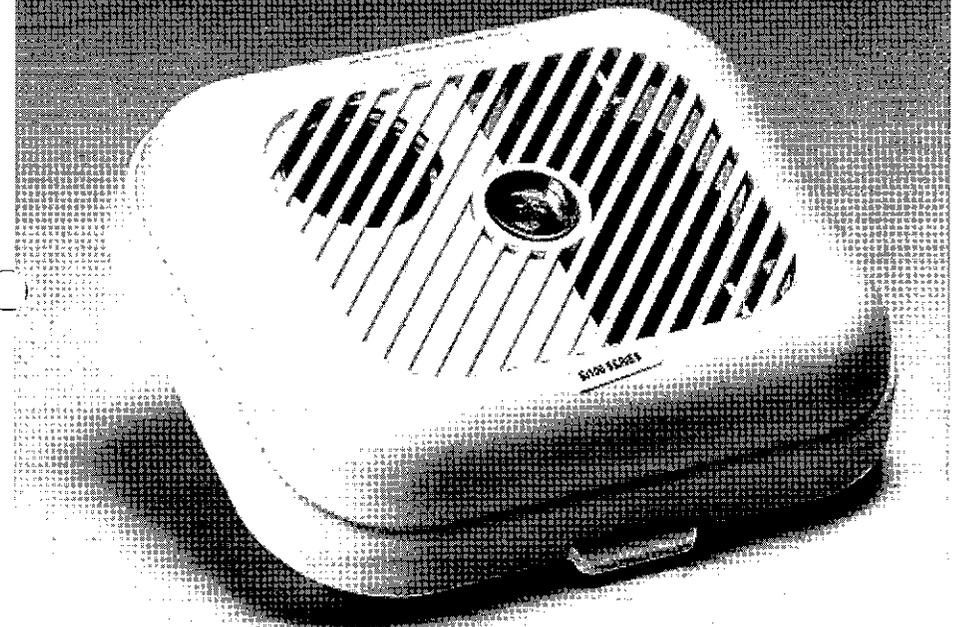
Remettez ce bon et 150 francs(*) à votre agent ABB. En contrepartie, vous recevrez un détecteur de fumée «EI-Home» et tous les conseils nécessaires.

(*) Frais de port et d'administration. Un seul bon par ménage.

✂ Pour connaître l'adresse de l'agent ABB le plus proche, tournez la page.

Nom :

Adresse :



10 principes de base

1. Veillez à ce que les petits enfants n'entrent pas dans la cuisine si vous ne pouvez pas les surveiller.
2. Ne posez jamais d'objets ou de liquides chauds au bord de la table.
3. Ne mettez pas de nappe sur la table ou fixez-la à l'aide de pinces.
4. Ne remplissez qu'un tiers de votre friteuse ou de votre appareil à fondue et ne les posez jamais à terre.
5. Réglez la température de votre circuit d'eau chaude à 55°C maximum.
6. Contrôlez toujours la température de l'eau du bain, elle ne peut pas dépasser 37°C pour les enfants.
7. Ne laissez jamais un enfant seul lorsqu'il prend son bain, même pas lorsqu'on sonne à la porte ou que le téléphone sonne.
8. Achetez uniquement des appareils électriques dont les parois et les poignées ne chauffent pas.
9. Ne fumez pas et ne buvez pas de boissons très chaudes à proximité d'un enfant (sur vos genoux p. ex.).
10. N'utilisez jamais de méthanol pour votre barbecue ou pour votre fondue, mais plutôt des allume-feu (pour le barbecue) ou de l'alcool sous forme de pâte (pour la fondue). Ne laissez pas les enfants s'approcher.

**Si un accident survient malgré tout:
'D'abord de l'eau, pour sauver ma peau!'**

**Avez-vous un extincteur ou
une couverture anti-feu à la maison ?**

'D'abord de l'eau, pour sauver ma peau'

Le programme de prévention du service Infor Santé des Mutualités Chrétiennes veut attirer l'attention sur la problématique des brûlures chez les enfants et les jeunes.

Aide et prévention sur mesure

Le matériel a été conçu pour les 2e et 3e années de l'enseignement fondamental et pour certaines classes de l'enseignement spécial (primaire et secondaire). Les aspects tant physiques que psychologiques des brûlures constituent le fil rouge de ce projet.

Le but poursuivi, matériel à l'appui, est d'attirer l'attention des enfants sur les risques présents dans leur environnement et sur ceux générés par leur propre comportement.

Dans ce programme, l'apport de connaissances et l'importance du comportement occupent une position centrale.

La pratique des premiers soins est présentée sous le slogan:

"D'abord de l'eau, pour sauver ma peau".

La volonté est d'impliquer effectivement l'encadrement pédagogique dans le projet, l'objectif final étant d'amener les jeunes à établir un plan de sécurité de concert avec leurs parents. Ainsi, chaque enfant peut rechercher les situations dangereuses en collaboration avec ses parents, avec une autre personne de contact, et veiller à l'adoption d'un comportement plus sûr dans sa propre maison.

Matériel

- Le dossier pédagogique doit servir de fil conducteur à l'enseignant et comprend de nombreuses ressources didactiques pour la sensibilisation et l'apprentissage des facteurs de risque, des premiers secours,...
- Le livre 'Le masque de verre' raconte l'histoire d'une fillette victime de brûlures et sensibilise les jeunes lecteurs à la problématique et à l'acceptation des victimes des brûlures.
- La brochure illustrée est utilisée pour développer certains aspects comme l'identification des facteurs de risque ainsi que les aspects curatifs et psychosociaux du problème.
- Le dépliant, l'affichette et les autocollants sont destinés à sensibiliser le grand public, petits et grands, à la prévention des brûlures.
- La présente brochure est destinée aux parents, aux grands-parents, aux éducateurs, aux enseignants, à la famille, aux amis,...

Les brûlures chez les enfants

Les problèmes sont d'autant plus grands que les enfants sont petits...

Ce sont les enfants de 2 à 4 ans qui courent le plus de risques. Ils sont actifs et entreprenants mais manquent d'expérience. Pour les plus petits par exemple, l'eau ayant une température à peine supérieure à la température du corps humain (44°C) est déjà trop chaude et peut causer d'importantes brûlures.

De plus, chez les enfants, la surface de peau atteinte est proportionnellement plus grande que chez les adultes. Or la peau est importante comme moyen de protection contre les infections, pour la régulation de la température du corps et pour l'équilibre de l'eau et du sel dans l'organisme. Ces trois éléments constituent les premiers problèmes lorsqu'un enfant est admis à l'hôpital pour des brûlures graves.

Lorsque la peau s'est reconstituée, certains problèmes subsistent cependant pour le futur, étant donné que la peau reformée n'est plus aussi souple et n'évolue pas en parallèle avec la croissance de l'enfant. De plus, la sensibilité de cette portion de peau disparaît.

En outre, les enfants qui gardent d'importantes cicatrices de brûlures restent longtemps marqués par la peur de ce qu'ils ont vécu et la difficulté de vivre avec des cicatrices inesthétiques, d'affronter le regard des autres.

Les liquides chauds sont les plus grands ennemis.

Beaucoup d'accidents sont causés par le thé, le café ou le potage. Soit parce qu'un enfant tire la nappe, soit parce qu'il est assis sur les genoux d'une personne dont il renverse la tasse.

Dans la cuisine, l'enfant risque de voir de la graisse chaude se renverser sur lui ou de recevoir des projections brûlantes d'une poêle qui chauffe sur le feu. Les brûlures qui en résultent peuvent être très sévères.

L'enfant peut être brûlé même sous le robinet d'eau froide si de l'eau chaude a été utilisée juste avant. C'est pourquoi il est prudent, après avoir pris de l'eau chaude, de laisser couler un peu d'eau froide.

De l'eau à 55°C peut déjà avoir des conséquences graves pour un enfant après une demi-minute.

Les brûlures les plus graves sont causées par le contact direct.

Ce contact peut être avec la flamme d'un bec de gaz, le feu ouvert, un mégot de cigarette, une bougie, le barbecue. Des précautions assez simples permettent d'en protéger les petits enfants. Mais attention aussi aux enfants plus âgés qui veulent allumer un feu et qui utilisent des emballages en plastique. Ils s'exposent ainsi au risque de brûlures profondes dues aux morceaux de plastique en fusion.

Les règles d'or pour un barbecue en toute sécurité

- Si vous utilisez un barbecue de table, veillez à mettre du papier aluminium sous l'appareil. Vous évitez ainsi que la table (ou la nappe) ne prenne feu suite à l'effet de chaleur.
- Fixez bien le barbecue. Assurez-vous que la grille est installée de manière stable. Un barbecue maçonné soi-même est évidemment le plus sûr.
- Éloignez le barbecue de matières inflammables.
- Ne laissez jamais le barbecue sans surveillance.
- Une seule personne doit être responsable du feu.
- La personne qui s'occupe du barbecue doit éviter la consommation d'alcool.
- Gardez un seau de sable ou d'eau à proximité.
- Manipulez les objets inflammables avec prudence. Si possible, n'en utilisez pas. N'utilisez que des allume-feu en matière inflammable solide pour allumer le feu.
- Mettez des gants et un tablier spécial barbecue (anti-feu).
- Utilisez des piques à brochette avec un manche en bois.
- Mettez les bâches ou les parasols à l'écart.
- Ne laissez pas les enfants s'approcher.
- Ne portez pas de vêtements larges.
- Ne jetez jamais de cendres incandescentes dans une poubelle ou sur un tas de compost, car le charbon de bois peut encore couvrir pendant 24 heures sous les cendres. Éteignez les braises en les couvrant d'un seau de sable.
- Si un accident survient malgré tout:
"D'abord de l'eau, pour sauver ma peau!"

Avez-vous chez vous un plan d'évacuation en cas d'incendie?

Préparez votre scénario d'évacuation avant l'accident éventuel!

- La plupart des incendies se déclarent entre minuit et 6 heures du matin. Il est important d'installer au moins un détecteur de fumée à proximité de votre chambre à coucher, de manière à ce que vous soyez prévenu à temps en cas d'incendie. L'idéal est de placer un détecteur dans chacune des chambres à coucher. Fermez les portes des chambres à coucher. Les portes peuvent en effet retenir le feu. Ne laissez pas vos enfants dormir dans des vêtements hautement inflammables.
- Établissez un plan d'évacuation familial. Veillez à ce que chacun connaisse les sorties possibles pour chaque pièce. Les fenêtres peuvent faire office de sortie de secours, à condition qu'elles soient d'un accès aisé. Définissez un lieu de rassemblement pour toute la famille à l'extérieur de la maison, de manière à vous assurer rapidement que tout le monde est présent. Si vous habitez dans un immeuble à étages, utilisez toujours l'escalier pour rejoindre le rez-de-chaussée, JAMAIS l'ascenseur!
- Apprenez à votre famille comment se sortir d'un incendie. Lorsqu'un feu se déclare pendant que vous dormez, quittez le lit en vous roulant à terre, rampez vers la porte et touchez-la pour savoir si elle est chaude. Si c'est le cas, il est fort probable que le feu est de l'autre côté. Dans ce cas, cherchez une autre issue. Couvrez-vous le nez et la bouche d'un linge humide si possible et recherchez immédiatement un endroit plus sûr. Veillez à rester sous le rideau de fumée. Rejoignez d'abord le lieu de ralliement et assurez-vous que tout le monde a quitté le bâtiment avant de vous rendre chez les voisins pour téléphoner aux pompiers.

Sortez d'abord et demandez de l'aide ensuite!

Les plus petits se brûlent souvent en touchant des objets chauds.

Les grands 'classiques': la porte du four, une plaque de cuisson ou un radiateur.

Les plus âgés s'en méfient mais sont par contre surpris par la chaleur du pot d'échappement d'une motocyclette.

Classification des brûlures

Par causes

Brûlures dues aux liquides chauds

De toutes les brûlures qui surviennent à la maison, environ 70 % sont causées par l'eau chaude. Dans l'industrie, la vapeur en est souvent la cause. La profondeur des brûlures est difficile à estimer. Les brûlures à l'eau chaude s'avèrent souvent plus profondes qu'il n'y paraît initialement. Dans le cas de brûlures causées par le goudron ou des engrais chimiques, la plaie est difficile à nettoyer.

Brûlures dues aux flammes

Les vêtements qui prennent feu provoquent de violentes douleurs. La victime se met souvent à courir à cause de la douleur. Le fait de courir n'arrange rien, puisque cela attise le feu.

Brûlures par étincelles ou par explosion

Le temps de pénétration est, par définition, très court. En général, les brûlures de ce genre sont assez superficielles, bien que les étincelles puissent engendrer des brûlures profondes.

Brûlures par contact avec des objets chauds

On retrouve assez régulièrement la combinaison de la chaleur et de la pression (par exemple, brûlure par fer à repasser). Ces brûlures sont souvent très graves, étant donné que le temps de pénétration est long, à tel point que même les tendons peuvent être atteints.

Brûlures causées par les produits chimiques

Ces produits rongent la peau. Elles provoquent des troubles tissulaires par l'action de soude et d'acides. Ici, les premiers soins sont essentiels. Il est impératif d'enrayer au plus vite la pénétration du produit. Lorsque surviennent des brûlures par produits chimiques, il faut rincer immédiatement la plaie à l'eau courante et enlever les vêtements brûlés pour autant qu'ils ne collent pas à la peau.

Brûlures causées par l'électricité

Il faut différencier:

- les brûlures causées par un arc ou un rayonnement, c'est-à-dire une brûlure due aux flammes ou aux étincelles;
- des brûlures causées par une décharge qui traverse le corps. Ce type de brûlure peut causer de sérieuses lésions internes par la pénétration de chaleur en profondeur.

En outre, l'électricité peut provoquer un arrêt cardiaque.

D'autres causes sont possibles, telles que la radioactivité, l'irradiation, etc.

Et encore ...

En règle générale, un enfant aime participer à ce que font ses parents, il veut les «aider». Mais ses mouvements sont souvent brusques, maladroits et imprévisibles. Mieux vaut donc réserver certaines activités à des moments où l'enfant dort ou est surveillé par un autre adulte. Vous ne décaperez pas un meuble à la soude caustique lorsque votre enfant joue près de vous ...

D'autre part, il est très utile d'apprendre à votre enfant à adopter des comportements sûrs face au feu et aux objets chauds. Apprenez-lui par exemple à allumer une allumette en la tenant loin du corps, et à ne le faire qu'en votre présence.

Si vous interdisez certaines choses à votre enfant, expliquez-lui pourquoi. Ainsi il comprendra les risques et apprendra à les repérer.

Les risques	Les précautions
Fer à repasser Renversement.	Veiller à ce qu'on ne puisse trébucher sur le fil. Débrancher et placer le fer hors de portée des enfants en cas d'arrêt ou d'interruption du repassage.
Fils électriques Electrocution par contact avec câble en mauvais état.	Remplacer les fils endommagés et placer un interrupteur différentiel sur le circuit électrique de la maison.
Prises de courant Electrocution par contact avec bouche ou main mouillée.	Placer des prises de sécurité ou des cache-prise.
Moteur, échappement de voiture, de vélomoteur Brûlure par contact.	Eloigner les enfants. Laisser refroidir avant de toucher.
Bouillotte Fuite d'eau chaude ou bouchon qui saute en cas de forte pression	Placer la bouillotte à l'avance dans le lit; l'ôter du lit avant de se coucher.
Tondeuse à gazon Brûlure par flamme. Electrocution.	Eviter de fumer lorsqu'on remplit le réservoir d'essence. Eloigner les petits enfants.
Barbecue Brûlure par les braises ou le métal. Brûlure par flamme.	Eloigner les enfants. Utiliser du charbon de bois et des allume-feu. Ne pas raviver le feu avec du méthanol ou tout autre liquide inflammable.
Feux d'artifice, pétards Brûlure par explosion.	Ne pas allumer les feux ou pétards en les tenant en main. Bien lire le mode d'emploi. Eloigner les enfants et leur en interdire l'usage.

Renseignez-vous toujours sur l'usage d'un produit ou d'un appareil auprès du vendeur ou d'un professionnel.

La salle de bains

Les enfants adorent jouer dans l'eau, ... à condition que sa température ne dépasse pas 37°. Plus chaude, l'eau peut provoquer des brûlures. La peau des enfants est en effet moins épaisse et plus fragile que celle des adultes.

Les risques	Les précautions
Baignoire Placer l'enfant dans de l'eau trop chaude. Laisser l'enfant ouvrir le robinet d'eau chaude	Toujours faire couler l'eau froide avant l'eau chaude. Contrôler la température avec un thermomètre (maximum 37°). Si possible, utiliser des robinets avec sécurité thermostatique. Limiter la température de l'eau chaude de distribution de la maison à 55° maximum. Ne jamais laisser un petit enfant seul dans le bain, même si le téléphone sonne!
Prises de courant Contact avec bouche ou main mouillée.	Placer des prises de sécurité ou des cache-prise.
Sèche-cheveux Brûlure par contact. Electrocuton.	Tant qu'il est chaud, mettre l'appareil hors de portée des enfants. Ne pas utiliser près de la baignoire ou du lavabo contenant de l'eau.
Autres appareils électriques (rasoir, radio...) Electrocuton.	Ne pas utiliser près de la baignoire ou du lavabo.
Chauffe-eau au gaz Brûlure par contact avec la veilleuse.	Si possible, placer le chauffe-eau hors de portée des enfants.
Spray Incendie.	Attention, certains gaz propulseurs des aérosols sont inflammables; ne pas les utiliser près d'une flamme.
Produits d'entretien Brûlure chimique par contact.	Choisir de préférence des flacons avec fermeture de sécurité. Placer les produits en hauteur. Enfermer les produits à clé.
Pharmacie familiale Brûlure chimique par contact.	Ne pas placer la pharmacie dans la salle de bains. Mettre les médicaments sous clé.

Veillez à bien ventiler votre salle de bains, surtout si elle est équipée d'un chauffe-eau au gaz (risque d'intoxication à l'oxyde de carbone).

Par étendue et profondeur

Déterminer la gravité de la brûlure est l'une des choses les plus importantes et aussi les plus compliquées lors du traitement.

Cette gravité dépendra de la combinaison entre l'étendue et la profondeur de la brûlure.

Etendue de la blessure

La gravité de la brûlure est surtout déterminée par son étendue.

Il est généralement admis que le danger de mort est directement proportionnel à la surface de corps brûlée. Lorsque la partie brûlée est importante, la victime se trouve dans une situation critique suite à la perte d'eau, de minéraux et de sang dans les cloques.

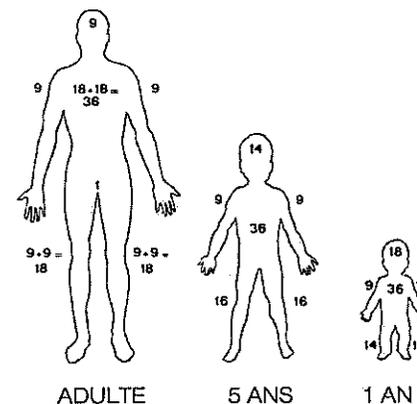
Calcul de la surface de corps brûlée

'La règle des 9'

L'étendue de la brûlure est assez facile à déterminer en appliquant la règle des 9 (% de surface du corps).

- Le corps entier = 100 %
- Les organes génitaux externes = 1 %
- La tête = 9 %
- Les bras et les mains (2 x 9 %) = 18 %
- Les jambes (2 x 18 %) = 36 %
- Le tronc (2 x 18 %) = 36 %

Illustration schématique de la répartition en pourcentages des diverses parties du corps par rapport à la surface du corps tout entier, suivant l'âge.



Profondeur de la brûlure

La difficulté ne réside pas tellement dans le calcul de l'étendue de la brûlure, mais plutôt dans l'évaluation de sa profondeur. En effet, l'estimation de la profondeur de la brûlure est souvent compliquée par le fait que celle-ci peut encore évoluer au fil du temps.

Il est important de connaître la nature du produit en cause dans la brûlure. Les brûlures par flamme sont en général profondes. Dans le cas de liquides chauds, il faut savoir de quel type de liquide il s'agit. Dans le cas de l'eau par exemple, la brûlure est souvent plus profonde que lorsqu'il s'agit d'huile brûlante ou de graisse. En effet, l'eau a une chaleur spécifique plus élevée. Elle reste chaude plus longtemps, ce qui cause une brûlure plus profonde. Quant aux brûlures causées par l'électricité, on peut considérer qu'il s'agit généralement de brûlures plus profondes.

On peut distinguer 3 degrés de brûlure, suivant les couches de la peau atteintes

1er degré

Seul l'épiderme (la couche superficielle de la peau) est atteint. La peau est rouge, sèche, parfois légèrement enflée et douloureuse. Une intervention chirurgicale n'est pas nécessaire. La peau se reconstituera naturellement, sans cicatrisation. Le risque d'infection est également très minime. Un coup de soleil constitue un exemple de brûlure du premier degré.

2e degré

L'épiderme et une partie (superficielle ou plus profonde) du derme sont endommagés. La formation d'eau entre l'épiderme et le derme peut causer des ampoules. Lorsque la brûlure du deuxième degré est superficielle, elle guérira sans formation de cicatrice disgracieuse, ce qui n'est pas le cas d'une brûlure du deuxième degré profond qui présente un risque d'infection sensiblement accru.

3e degré

La peau est brûlée dans toute son épaisseur. La brûlure du 3e degré n'est pas douloureuse, étant donné que les extrémités des nerfs sont brûlées. Il faut cependant savoir qu'il est rarissime de constater uniquement une brûlure du 3e degré. Elle est généralement accompagnée de zones de brûlures du 1er et du 2e degré aux extrémités de la plaie. La perte de liquide peut être importante et le risque d'infection est grand.

Carbonisation

Ici, la brûlure est à ce point profonde que même les structures sous la peau, telles que les tissus musculaires et les os, sont détruites. La peau a souvent un aspect carbonisé ou cuit (pâle) ou l'aspect de chair crue. Dans ce cas, la guérison est généralement exclue et l'amputation sera nécessaire.

Produits d'entretien Brûlure chimique par contact	Placer les produits en hauteur. Choisir de préférence des flacons avec fermeture de sécurité. Enfermer les produits à clé.
Congélateur, surgélateur Brûlure par contact avec des aliments trop froids.	Empêcher les petits enfants de prendre des produits congelés ou surgelés. Eviter le contact de la bouche avec des produits très froids. Ils risquent d'y rester collés.

Le living

Bien que les accidents surviennent moins fréquemment dans le salon ou la salle à manger, il ne faut pas en sous-estimer les dangers. Les risques existent et sont d'autant plus grands que les adultes sont souvent moins vigilants dans le living.

Les risques	Les précautions
Table R renversement d'objets ou de liquides brûlants Incendie	Eloigner les objets brûlants du bord de la table. Ne pas boire de liquide chaud avec un enfant sur les genoux. Fixer la nappe avec des pinces. Empêcher l'accès à l'appareil à fondue, raclette, etc. Pour les appareils à fondue, utiliser de préférence un combustible sous forme de gel, qui s'enflamme moins facilement. Pour les repas aux chandelles, prévoir un bougeoir stable.
Appareils de chauffage Feu ouvert Poêle, radiateur.	Utiliser un pare-feu. Eloigner les objets facilement inflammables (tapis, cartons, papier...) Ne pas s'asseoir sur un appareil de chauffage. Eloigner les enfants.
Prises de courant Contact avec bouche ou main mouillée.	Placer des prises de sécurité ou des cache-prise.
Sapin de Noël Incendie si bougies.	Placer une guirlande électrique et contrôler régulièrement les lampes.
Cendriers Brûlure par contact avec l'extrémité d'une cigarette. Incendie.	Empêcher l'accès de l'enfant aux cendriers, cigares, cigarettes. Eteindre soigneusement les mégots.

sont d'une curiosité extrême et adorent imiter les 'grandes personnes'... mais ils ne sont pas capables d'évaluer les risques que cela implique. Le modèle de comportement préventif émanant des adultes est d'autant plus important! Chaque recoin peut receler un danger. La plupart des accidents surviennent à la maison. Chaque pièce présente ses propres dangers. Néanmoins, de simples conseils peuvent réduire ces dangers à un minimum.

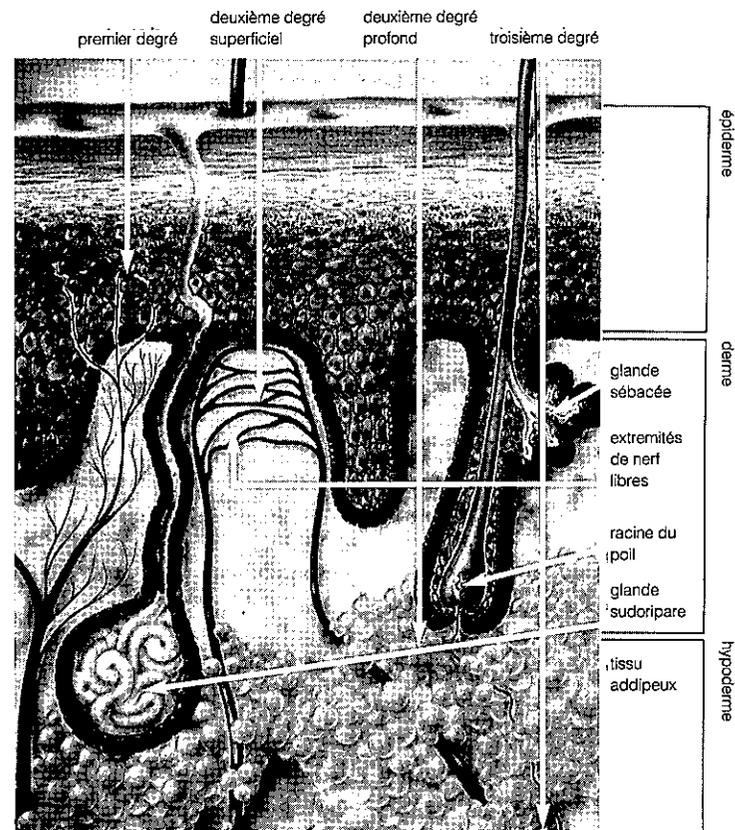
La cuisine

La cuisine est pleine d'objets attrayants mais qui peuvent être dangereux pour les enfants. Les brûlures sont fréquentes.

Dans la cuisine, il est nécessaire de surveiller constamment les enfants. Ce n'est pas toujours possible, mais si vous examinez votre cuisine attentivement, vous pourrez prévoir les risques et la rendre moins dangereuse. Vous pouvez aussi profiter de toutes les occasions pour apprendre à votre enfant à reconnaître le danger et à adapter son comportement. Dans certains cas, il sera préférable de le tenir à l'écart, dans une autre pièce.

Les risques	Les précautions
Cuisinière Renversment de casserole ou poêlon chaud	Tourner le manche vers l'intérieur de la taque. Utiliser les plaques arrières. Ne pas cuisiner avec un enfant dans les bras, éloigner chaise ou tabouret sur lequel l'enfant pourrait grimper.
Four Contact avec la porte chaude	Si possible, utiliser un four dont la porte ne chauffe pas. Munir le four d'une grille de protection.
Four à micro-ondes Brûlure par aliment plus chaud qu'il n'y paraît	Toujours bien mélanger avant de goûter. Faire couler le lait du biberon, sur le dos de la main, avant de le donner à l'enfant.
Casserole à pression Brûlure par vapeur	Toujours refroidir la casserole (jet d'eau froide) avant d'enlever le bouchon, puis ouvrir la casserole.
Percolateur Renversment du filtre	Bien fixer le filtre. Si possible, utiliser un percolateur dont le filtre est attaché au percolateur.
Friteuse Renversment Incendie.	Laisser refroidir la friteuse avant de la déplacer. Rester toujours à proximité d'une friteuse allumée. En cas de début d'incendie, l'éteindre avec un linge humide; ne jamais jeter d'eau.
Table Renversment d'objets	Eloigner les objets brûlants du bord de la table ou de liquides brûlants. Fixer la nappe avec des pinces.

Dissection de la peau et profondeur de la brûlure



L'eau chaude provoque souvent des brûlures

1 seconde sous une eau à 60°C cause déjà une brûlure !!!

Il en est de même pour:

- 1,5 seconde sous l'eau à 58°C
- 3 secondes sous l'eau à 56°C
- 5 secondes sous l'eau à 54°C
- 10 secondes sous l'eau à 52°C
- 30 secondes sous l'eau à 50°C
- 1,5 à 2 minutes sous l'eau à 48°C
- 5 minutes sous l'eau à 46°C

Installez un thermostat ou un mitigeur !

Les premiers secours en cas de brûlures: que faut-il faire?

1. Eteignez le feu qui brûle sur la personne

Lors de brûlures causées par les flammes:

- Éteignez le feu en roulant l'enfant à terre;
- Utilisez pour ce faire des morceaux de textile (tel qu'un vêtement en laine ou une couverture);
- Éteignez le feu à l'eau, sauf s'il s'agit d'une friteuse en feu (recouvrir d'une serpillière humide ou d'une couverture anti-feu, sinon risque d'aggraver l'incendie).

Ne jamais courir avec un objet en feu ou lorsque les vêtements sont en feu !!!

2. Commencez par refroidir

Pour tous les types de brûlures:

- Refroidissez d'abord la blessure pendant 10 minutes au moins;
- A l'eau courante tiède (du robinet) ou
- A l'aide de linges propres et mouillés (uniquement si la brûlure est inférieure à 10-15 % de la surface totale du corps, sans quoi la température du corps risque de baisser excessivement;
- Lors du refroidissement, enlevez les vêtements sauf s'ils collent à la peau. Dans ce cas, faites couler l'eau à travers les vêtements.

3. Prévenez le médecin de famille ou le 100

- Si la brûlure est très étendue (au total, plus de 15 fois la surface de la paume de la main de la victime);
- S'il y a des ampoules ou si la peau semble atteinte en profondeur (peau insensible, non douloureuse);
- Lorsque les brûlures atteignent la tête et en particulier les zones péri-orificielles, le cou, les mains, les pieds ou les organes génitaux.

4. Soignez la blessure

- Ne jamais enduire la blessure de quelque produit que ce soit (jamais d'huile, de beurre ou de margarine), excepté une pommade spéciale contre les brûlures;
- Appliquez un bandage stérile;
- Recouvrez de chiffons ou de draps propres.

Prévention

Pourquoi aborder la prévention des brûlures chez les enfants? Parce que les brûlures sont les blessures les plus graves chez les enfants et parce qu'elles peuvent être évitées ou diminuées dans leurs conséquences. Outre les mesures légales ou volontaires visant à améliorer la sécurité de l'environnement matériel et des produits, on peut également encourager un aménagement plus sûr de cet environnement et une manipulation correcte de ces produits par le biais de l'information et de l'éducation. Il faut avant tout stimuler le comportement de sécurité chez les adultes. Les enfants peuvent apprendre dès leur jeune âge quels sont les risques, comment les éviter ou les affronter et comment administrer de manière adéquate les premiers soins.

Information et éducation

Destinées aux éducateurs...

- Une récente enquête a révélé que les parents de jeunes enfants connaissent suffisamment les dangers éventuels qui menacent leurs enfants, mais pas les mesures qui s'imposent pour y remédier et ce particulièrement dans le Sud du Pays. Néanmoins, les connaissances en matière de développement de l'enfant, ainsi que du rythme auquel il évolue, sont insuffisantes.
- Cela signifie concrètement que les parents d'un enfant de 6 à 7 mois doivent déjà être conscients que celui-ci va commencer à se déplacer à quatre pattes. Cela implique des risques et des précautions à prendre dès le 1^{er} âge (l'enfant tirera par exemple les nappes pour se lever, il est donc préférable de les enlever et aussi de ne pas poser une tasse de café à sa portée sur une table basse).

Destinées aux jeunes...

- Pour ce qui est des jeunes qui fréquentent l'école, il est par exemple important de leur apprendre à différencier les risques acceptables (par exemple, allumer un feu de camp dans des circonstances scrupuleusement préparées) des risques inacceptables (par exemple, tenter des expériences avec des liquides facilement inflammables).
- De tous temps, l'éducation et l'accompagnement des jeunes enfants dans la manipulation de liquides et d'objets chauds ont constitué un élément essentiel du processus d'éducation et de socialisation.

Prévention des brûlures chez les enfants à la maison

Peu d'accidents domestiques donnent lieu à des brûlures. Mais souvent, les conséquences sont très graves et malheureusement irréversibles. Les enfants

spéciaux sont requis afin d'éviter que les cicatrices ne prolifèrent. Cet aspect peut causer d'énormes problèmes psychologiques, surtout chez les enfants, d'autant plus que durant les six premiers mois après la sortie d'hôpital, tout ne semble que s'aggraver.

Accompagnement psychosocial

Outre les importantes blessures physiques, presque chaque personne ayant subi des brûlures graves souffre également d'un énorme stress psychique. Dans un premier temps, la victime doit apprendre à accepter son nouvel aspect physique, à se réintégrer dans la famille et dans son milieu scolaire ou professionnel. Chaque personne réagit en fonction de son vécu, de sa personnalité. Les facteurs entrant en ligne de compte ici sont entre autres les conditions sociales, l'âge, le caractère et le comportement de la famille.

- La peur...

Une des sensations de crise les plus marquantes chez les victimes d'accidents impliquant le feu se traduit par la peur accablante de la mort, de la douleur, du traitement ultérieur, de l'invalidité, de la mutilation... et la peur de la perte du contrôle de son propre destin et de son propre avenir.

- L'isolement...

Pour les patients qui doivent être isolés en chambre stérile, cela signifie la confrontation permanente avec leurs propres pensées, la perte de la confiance en soi, l'ennui, la perte d'un rôle social et la perte du contact quotidien, normal, avec la famille, les amis.

- La dépendance...

Le patient se rend compte qu'il est devenu très dépendant de son entourage, qu'il est livré aux soins et au traitement.

- La régression...

Parfois, la situation physique du patient requiert toute son énergie, si bien que ses préoccupations psychiques et intellectuelles se limitent aux besoins essentiels à sa survie.

- La dépression...

Le patient n'a qu'une piètre estime de lui-même, il se sent impuissant et se révolte, il se renferme. Le seul remède salutaire consiste à lui accorder un maximum d'empathie, d'attention sincère.

- L'agressivité...

Il s'agit là d'un mécanisme de sauvegarde et de défense qui apparaît souvent.

Outre ces mécanismes éprouvants et clairement décelables, d'autres sentiments remontent à la surface tels que la colère, la déception, l'impatience et le découragement.

Le 'cooling'

Qu'est-ce que le cooling? (ou refroidissement de la peau par l'eau)

- Immédiatement après un accident ayant entraîné des brûlures, les plaies doivent être refroidies pendant environ 10 minutes au moins à l'eau courante fraîche/tiède.

- Ce traitement doit avoir lieu au plus vite, étant donné que l'effet bienfaisant diminue puis disparaît après 30 minutes.

- Pour éviter un risque d'abaissement excessif de la température du corps de la victime, il est préférable d'utiliser de l'eau tiède, surtout lorsque la brûlure s'étend sur une grande surface.

Quelle est l'importance du cooling ?

- Le refroidissement est important pour permettre une guérison rapide et saine.

- Le refroidissement à l'eau fraîche diminue la température de la peau, ce qui empêche la peau de continuer à brûler en profondeur.

- En outre, ce traitement permet parfois d'éviter des greffes de peau et donne même parfois lieu à une guérison spontanée.

- Lorsqu'il s'agit d'une brûlure causée par des produits chimiques, l'eau éliminera les agents nocifs ou les diluera et limitera ainsi la brûlure.

- Le cooling présente un autre avantage non négligeable: il atténue immédiatement la douleur en amenant la température de la peau en deçà du seuil de la sensation de douleur.

Quelles sont les limites du cooling?

- En cas de brûlures sur une grande surface, seule l'eau tiède (10 à 15°C) peut être utilisée, ceci afin d'éviter l'abaissement excessif de la température du corps.

- En cas de brûlure due à l'électricité, l'eau ne peut évidemment jamais être utilisée si la victime est encore en contact avec ou à proximité d'une source d'électricité.

Se rendre immédiatement à l'hôpital ou dans un centre spécialisé

- Dès que la surface totale brûlée du corps approche les 15 %, une réhydratation sera nécessaire. Chez les enfants, un tel traitement s'impose déjà dès une surface brûlée de 8 %.
- Les personnes victimes de brûlures du troisième degré sont envoyées à l'hôpital dès que ces dernières atteignent 5 % de la surface du corps.
- En cas de brûlure touchant les mains, les pieds, les organes génitaux, les yeux ou le visage, le médecin traitant enverra la victime chez un spécialiste s'il a la moindre hésitation quant à une bonne guérison.
- Dans le cas de brûlures dues à l'électricité, une observation à l'hôpital est nécessaire. Outre l'effet d'une électrocution sur les organes tels que le cœur, les reins et les yeux, il y a souvent une importante destruction interne de tissus.
- Les brûlures chimiques, même de peu d'importance, doivent être traitées dans un établissement compétent, étant donné que le produit peut également être nocif pour d'autres organes et que la brûlure est souvent plus profonde qu'elle n'en a l'air.
- Chaque fois qu'il y a présomption d'inhalation de vapeurs ou gaz brûlant, l'admission dans un établissement hospitalier s'impose. Les circonstances de l'accident (brûlures dans un endroit clos) et un examen clinique (brûlures du visage et des poils du nez) sont des indices permettant de suspecter des brûlures par la vapeur.
- Lorsque la brûlure est associée à d'importantes brûlures des parties molles (muscles ou tissu graisseux sous-cutané), ou que le traumatisme est accompagné de fractures, le pronostic est souvent moins favorable. D'autre part, les affections déjà existantes, telles que les défaillances cardiaques, le diabète, etc., renforceront la décision de faire admettre immédiatement le patient dans un établissement hospitalier.

Prise en charge et traitement

Dans un centre de brûlés...

• Phase aiguë

A l'hôpital, on commence par une réhydratation pour lutter contre le choc.

• Traitement de la blessure

Les victimes de brûlures sont traitées dans des chambres isolées, vu le danger d'infection. Pour les brûlures importantes, le patient est plongé dans un bain spécial nettoyant et désinfectant. Il est ensuite recouvert de draps stériles, après avoir été enduit de pommade contre les brûlures.

Un 'lit à air' (air chaud stérile, propulsé par des granulés de silicium) offre une répartition maximale de la pression sur toute la surface du corps.

• Intervention chirurgicale

Une intervention chirurgicale est toujours indiquée pour les brûlures du 3e degré et parfois pour des brûlures profondes du 2e degré, afin d'obtenir un meilleur rétablissement des fonctions.

La peau brûlée est tout d'abord grattée et recouverte provisoirement. Plus tard, une portion de peau saine du patient est greffée sur les parties de corps brûlées.

• Brûlure des voies respiratoires

Les lésions résultent d'inhalation de produits de combustion (lors d'un incendie par exemple) qui irritent la muqueuse respiratoire, la font gonfler et peuvent conduire à l'étouffement. Un tube doit alors être introduit dans les voies respiratoires pour amener aux poumons de l'oxygène concentré.

• Approche globale

Le patient est suivi par une équipe de médecins, d'infirmiers et d'infirmières, de kinésithérapeutes, de psychologues, d'assistants sociaux, etc. Le patient est également soumis le plus rapidement possible à la kinésithérapie, afin d'éviter que les muscles ou la peau ne continuent de se contracter ou de se rétracter.

Rééducation: les six premiers mois sont les plus durs!

Le traitement est souvent un processus douloureux et de longue haleine, et le risque d'infection est grand. La phase la plus difficile du processus de guérison commence à la sortie de l'hôpital. La victime de brûlures doit s'attendre à une rééducation qui prendra, en moyenne, un an et demi. La rétraction de la peau doit être prévenue le plus possible par des exercices de kinésithérapie. Souvent, des appareils doivent être appliqués sur les membres, afin qu'ils restent en place. Souvent aussi, des vêtements