

Enfant Soignées

30 mars 1996
Journée sur le thème «L'enfance en détresse».

Organisation: Croix-Rouge de Belgique et Office de la Naissance et de l'Enfance.

Thèmes développés: enfance maltraitée; accidents domestiques; famille et pauvreté; l'enfant et la mort.

Lieu: Collège Saint-Vincent, chée de Braine 22, 7060 Soignies.

Prix: 250 francs pour agents CR, ONE et étudiants; autres: 500 francs.

Renseignements: Croix-Rouge de Belgique, Comité provincial du Hainaut, rue Oscar Druart 78, 7060 Soignies, tél. 065/33.54.41.

Alimentation Saint-Vaast

4 avril 1996
Journée-colloque «L'alimentation dans tous ses états».

Organisation: Femmes Prévoyantes Socialistes du Centre et de Soignies.

Lieu: Centre d'Education, de Loisir, de Formation et de Culture de Saint-Vaast, rue Omer Thiriart 232.

Inscription: 500 francs, comprenant conférences, repas, ateliers et documents.

Renseignements: F.P.S. Centre et Soignies, rue Ferrer 114, 7170 La Hestre, tél. 064/27.94.13 ou 27.94.14 (Mme Michèle Roose).

Assuétude Bruxelles

9 et 10 mai 1996
Module interdisciplinaire de prévention des assuétudes.

Organisation: Prospective Jeunesse. Public: adultes relais (parents, enseignants, intervenants psycho-sociaux).

Dates: jeudi 9 et vendredi 10 mai 1996, de 9h30 à 16h30.

Date limite d'inscription: 18 avril 1996.

Renseignements: Prospective Jeunesse, rue Mercelis 27, 1050 Bruxelles, tél. 02/512.17.66.

Du nouveau à Erquelinnes

Afin d'être plus proche de la population, Educa-Santé a choisi d'être présente sur le terrain à Erquelinnes.

Par le biais de la Coordination Sociale d'Erquelinnes, gérée par le C.P.A.S.,

Educa-Santé partagera avec d'autres organismes le local «Espace Jeunes» situé Place du Béguinage 11, à Erquelinnes.

Les permanences d'Educa-Santé auront lieu tous les jeudis de 15 à 17 heures à partir du 7 mars 1996. Elles permettront à tous d'accéder aux documents disponibles concernant l'éducation pour la santé, soit plus de 1000 brochures, du matériel pédagogique, des cassettes vidéo, des dossiers photocopiés, des affiches, dans des thèmes tels que: la prévention des accidents, l'alimentation, l'enfance, l'enfance maltraitée, l'éducation sexuelle et affective, le sida, l'hygiène, les assuétudes (alcool, drogues, tabac), la prévention des maladies, les médicaments, l'accompagnement et l'éducation du patient, l'environnement et le social.

Ces permanences donneront aussi accès à une aide méthodologique à toute personne ou organisme souhaitant mettre en place une action ou un projet d'éducation pour la santé, c'est-à-dire définition d'objectifs, recherche de ressources, évaluation. Pour de plus amples renseignements: 071/33.02.29.

Promotion de la santé Turin (I)

12-14 septembre 1996
3e Conférence Européenne sur l'Efficacité: «L'évaluation qualitative de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé».

Secrétariat du Comité d'Organisation: Mario Carzana, Paolo Del Prete, Regione Piemonte, Assessorato alla Sanità, Ufficio Educazione Sanitaria, Corso Stati Uniti 1, 10128 Torino, Italie, tél. +39.11.432.21.76/22.16, fax +39.11.432.40.77.

Emploi - demande

Licenciée en psychologie sociale, 24 ans. Expérience de 5 mois dans le domaine de la prévention primaire au Comité de Concertation sur l'Alcool et les autres Drogues). Intéressée par la formation (5 mois de stage). Bonne connaissance de l'anglais et bonne compréhension écrite et orale du néerlandais. Je réponds aux conditions du stage ONEM.

Claire Meulemans, clos de l'Argayon, 1348 Louvain-la-Neuve. Tél.: 010/45.13.41.

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: Jean-Benoît Dufour, Maryse Van Audenhaege

Documentation: Maryse Van Audenhaege.

Abonnements: Franca Tartamella.

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

Editeur responsable: Edouard Descampe.

Maquette: Philippe Maréchal.

Mise en page, photogravure et impression: Economat ANMC.

Tirage: 2.900 exemplaires.

Diffusion: 2.700 exemplaires.

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

et du Réseau francophone international pour la promotion de la santé.

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).

Education SANTE

Réflexions

On achève bien les toxicos!
par Christian De Bock
p. 2

Quand santé rime avec interdisciplinarité
par Chantal Boudailliez-Delory et Paul Dendoncker
p. 7

Locale

L'approche communautaire
p. 12

Initiatives

Des réponses 'santé' à la précarité
par J. Lahouratate, F. Thiriet, C. Michaud, N. Himbert, C. Cognata et M. Comte
p. 13

Les «10 heures» sains de la vitalité
par Catherine Meysman
p. 15

Ateliers pour être moins seuls
par Véronique Janzyk
p. 16

Somnifères et maison de repos
par Hilde Habraken
p. 17

Les formations d'Educa-Santé
p. 19

Entraide

Naissance des Joueurs Anonymes
par le Dr. Bradfer
p. 21

Supplément

Santé à Bonne Ecole n° 5
par Question Santé



Thierry Borredon/Explorer - Photo Né

L'adhésion aux comportements prescrits de santé p. 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.



On achève bien les toxicos!

En novembre 95, une campagne d'affichage a envahi les murs de nos villes sur le thème de la prévention des toxicomanies. Tant le sujet que la manière de l'aborder tranchaient par rapport aux messages et images véhiculés par les panneaux d'affichage publicitaire.

Le slogan, "Les drogues te consomment", s'adressait directement au toxicomane, et les images choisies, présentant des morceaux de corps humains frappés de déchéance, avaient pour but manifeste de frapper les imaginations.

L'initiative est due à deux publicitaires de l'agence Publicis, qui ont bénéficié de nombreux appuis pour mener à bien (et à faible coût) leur action.

Visibilité garantie

L'approche pour le moins spectaculaire du problème n'est pas passée inaperçue, notamment dans les milieux de la prévention. Si le CCAD a fait preuve d'une grande discrétion, Infor-Drogues, par contre, est monté en première ligne pour contrer la campagne dès son lancement. Nous reprenons ci-dessous les arguments d'Infor-Drogues.

"Le thème "Les drogues te consomment" nous est présenté au travers de sordides portraits de toxicomanes. Ces affiches se veulent sans doute informatives. Les auteurs entendent frapper fort pour mettre jeunes et adultes en garde contre les ravages de la drogue. En soi, l'intention pourrait être louable, ce qui l'est moins ce sont les arguments utilisés.

La majorité des spécialistes de l'éducation pour la santé seront très peu convaincus de l'efficacité d'une telle campagne. Autrement dit, ces affiches informeront-elles réellement? Empêcheront-elles un individu de devenir toxicomane? Le penser, c'est ignorer le fonctionnement de l'être humain.

Brandir des arguments qui reposent sur la peur et les dangers pour la santé dans le but de dissuader risque au contraire de séduire certains jeunes par l'attrait de l'interdit et du danger. Le raisonnement qui consiste à croire que c'est la drogue qui fait le toxicomane est simpliste et fallacieux. Ce qui fait le lit de la toxicomanie, ce sont les drames

qu'a vécus un individu, la souffrance qu'il vit, ses difficultés à se trouver une identité ou encore une place dans la société... comme c'est le cas pour les tentatives de suicide, la violence, la maltraitance, l'inceste, etc. Le recours à la drogue n'est donc que le symptôme. Cela, les affiches le nient honteusement.

De plus ce type de campagne n'aidera ni les toxicomanes ni leur entourage. Au lieu de leur redonner espoir et de leur tendre la main, ces images les stigmatisent et les insultent. Une voix supérieure et transcendante les désigne à la vindicte populaire. Par son ton pour le moins irrespectueux, elle leur enlève tout droit élémentaire à la dignité. Peut-on se permettre tout et n'importe quoi au nom de la lutte contre la drogue?

Placarder un tel cynisme ne peut que signifier le rejet et le mépris de notre société à l'égard du toxicomane et l'inciter à davantage de repli sur soi, de clandestinité, de révolte, de désespoir. Rejeter et exclure les toxicomanes (comme d'autres populations en difficultés) c'est les acculer à augmenter les risques pour eux-mêmes et pour la société. Cela va à l'encontre des politiques menées par nos ministres de la santé qui visent entre autres la réduction des risques par la reconnaissance des toxicomanes en tant que citoyens comme les autres.

Ces affiches sont scandaleuses car elles exhibent, et de quelle manière, des gens en souffrance (des toxicomanes ou supposés tels), de surcroît en les présentant comme des dégénérés irresponsables. L'humour déplacé des commentaires renforce encore cette prétendue irresponsabilité. Bien plus qu'une lutte contre la drogue, cette campagne est une véritable déclaration de guerre contre des gens en difficultés. Campagne superbe d'efficacité pour alimenter nos fantasmes sur les drogues et les "drogués" et réinstaller ces derniers en position de boucs émissaires. A quand une telle campagne contre les homosexuels, les séropositifs, les juifs, les immigrés, les chômeurs, les pas-comme-il-faut?"

Stop à cette campagne

D'après Infor-Drogues, cette campagne, d'une telle ampleur et d'une tel-

le agressivité, était destinée, ni plus ni moins, à faire la promotion de l'agence de publicité elle-même. Opération réussie, mais on peut comprendre que certains soient choqués que la prévention (ou plus exactement une déclinaison musclée de la prévention) serve de prétexte à une stratégie commerciale.

Les adversaires de cette campagne n'en sont pas restés là. Infor-Drogues et la Ligue des Droits de l'Homme ont porté plainte auprès du Jury d'Ethique Publicitaire (JEP). La plainte était formulée sur base:

- d'atteinte à la dignité des personnes;
- de non-concertation avec le secteur et d'antagonisme délibéré vis-à-vis des politiques de prévention développées depuis plusieurs années par les organisations spécialisées;
- de l'effet incitateur de ce type de message;
- d'une auto-promotion de l'agence misant sur la médiatisation du caractère provocateur de cette campagne pour améliorer ou modifier son image de marque.

Le résultat de cette plainte est que le Jury d'Ethique Publicitaire recommande dorénavant à toutes ses agences membres de lui soumettre pour avis préalable tout projet de message à visée de prévention des drogues. Cette recommandation s'étend aussi aux projets humanitaire, altruiste ou d'intérêt général.

Ainsi, les remous provoqués par le coup médiatique de Publicis n'auront pas été tout à fait inutiles.

Donneurs de leçons

Dans une déclaration à la revue 'Pub', les auteurs de la campagne se défendent d'avoir voulu choquer, et disent avoir 'un peu l'impression qu'Infor-Drogues a eu besoin de notre campagne pour faire parler d'elle'.

On admirera au passage l'élégance du procédé. Non seulement on essaie de faire parler de soi en exploitant un thème à forte charge émotionnelle, mais on accuse la 'concurrence' socio-éducative du même crime. Le cynisme n'a décidément pas de limite dans certains milieux.

La cerise sur le gâteau: que penser du slogan accusateur jouant sur les mots

Abonnement

Si vous ne l'avez pas fait le mois dernier, n'oubliez pas de nous renvoyer le feuillet de réabonnement joint au numéro précédent d'Education Santé. Sinon, vous ne recevrez pas le numéro d'avril!

Index

Si cela vous intéresse, nous avons réalisé un index des principaux articles publiés dans Education Santé en 1994 et 1995.

Vous pouvez l'obtenir contre l'envoi de 2 timbres à 16 FB à Education Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles.

Stress

Charleroi

Du 4 mars à mi-juin 1996

Ateliers de gestion du stress.

Organisation: Femmes Prévoyantes Socialistes de Charleroi.

12 séances de 2 heures à raison d'une séance par semaine (de 19 à 21 heures).

Prix: 1800 francs par module pour les affiliés à la Mutualité Socialiste, 2500 francs pour les non-affiliés.

Renseignements et inscriptions: F.P.S. du Bassin de Charleroi, rue d'Orléans 34, 6000 Charleroi, tél. Florence Bierlaire 071/20.87.45.

Femme

Namur

8 mars 1996

A l'occasion de la Journée Internationale de la Femme, Festival du Film de la Femme.

Organisation: Femmes Prévoyantes Socialistes de Namur.

Renseignements: F.P.S. Namur, Danièle Jacobs, chée de Charleroi 182, 5002 Saint-Servais, tél. 081/72.93.56.

Milieu défavorisé

Bruxelles

De mars à juin 1996

Formation: «Promotion de la santé dans les populations socialement défavorisées et/ou multiculturelles et dans les groupes à risques».

Organisation: Centre de Perfectionnement en soins infirmiers de l'A.C.N.

Public: tous professionnels de santé.

Dates: du lundi 11 mars au lundi 24 juin 1996, à raison d'un jour par semaine, de 9h à 17h10.

Contenu: sociologie appliquée aux groupes sociaux à risques; psychologie appliquée; méthodologie de projet appliquée; éducation à la santé; pédagogie d'adultes; actualisations médico-sociales; éléments de médecine préventive; éthique et déontologie.

Tous renseignements sur les modalités d'inscription auprès de Madame A. Fayt-Johansen, directrice du CPSI, avenue Hippocrate 91, 1200 Bruxelles, tél. 02/762.34.45 ou 762.57.52.

Relation soignant-soigné

Namur

Mars à mai 1996

Formation sur les «Mécanismes psychologiques de la relation soignant-soigné en éducation pour la santé».

Organisation: Handicap et Santé, en collaboration avec le Département de Psychologie des Facultés Universitaires Notre-Dame de la Paix de Namur.

Thèmes abordés: problématique générale de la relation interindividuelle - la communication; l'écoute; l'affirmation de soi - l'assertivité; la coopération; les relations de pouvoir; les représentations sociales; la subjectivité - l'empathie.

La formation compte 30 heures de cours et est destinée à des professionnels du secteur psycho-médico-social. Elle est organisée sous forme de sept séances de quatre heures de cours, auxquelles s'ajoute une séance évaluative de 2 heures. Elle s'inscrit dans le cadre de la Licence en Education pour la Santé organisée par le RESO (UCL) en tant que cours à option.

Dates: vendredi 15 mars, mercredi 27 mars, mercredi 3 avril, mercredi 24 avril, vendredi 3 mai, mercredi 8 mai, lundi 13 mai et lundi 20 mai (de 13 à 17h (sauf la dernière séance, de 13 à 15h).

Lieu: Département de Psychologie, Faculté de Médecine, Facultés Universitaires Notre-Dame de la Paix, rue de Bruxelles 59 (entrée coin de la rue Le-lièvre), 5000 Namur.

Inscription: 3500 francs (les étudiants inscrits à la Licence en éducation pour la santé du RESO bénéficient d'un tarif particulier).

Renseignements: Handicap et Santé, tél. 081/72.44.30, fax 081/72.44.31.

Drogue Charleroi

A partir de la mi-mars

Sensibilisation au sujet 'Drogues/Toxicomanie' destinée au grand public, par Carolo Contact Drogue en partenariat avec Consult Liège. Cela se passera dans quatre quartiers de Charleroi et dans deux villes voisines.

Renseignements: 071/30.26.56.

Santé mentale France

Du 18 au 24 mars 1996

Sixième semaine d'information sur la santé mentale: «De la déprime à la dépression».

Organisation: Fédération française de Psychiatrie, en collaboration avec le Comité français d'Education pour la Santé.

Renseignements: C.F.E.S., Anne-Marie Bouteiller, rue Auguste Comte 2, F-92170 Vanves, tél. 46.45.45.00, fax 46.44.06.64.

Soins palliatifs Bruxelles

23 mars 1996

Symposium sur le thème «Evolution ou révolution des soins par l'expérience palliative».

Organisation: l'association Continuing Care.

Sujets abordés: l'innovation dans les traitements de la douleur, les soins palliatifs en gérontologie, l'hospitalisation à domicile, les bienfaits de la musicothérapie, les défis du futur, les enjeux d'une formation universitaire en soins palliatifs, le médecin de famille pour l'an 2000.

Lieu: Auditorium de la Générale de Banque, rue de la Chancellerie 1, 1000 Bruxelles (de 9h30 à 17h).

Inscription: médecins 500 francs, paramédicaux 300 francs, étudiants et bénévoles 200 francs; paiement par chèque barré à l'Ordre de Continuing Care, au compte 632-1456000-47 Lloyds Bank avec la mention «Symposium».

Renseignements complémentaires: Continuing Care, M. Jean-Jacques Vanderroest, rue Royale 217, 1210 Bruxelles, tél. 02/225.82.17, fax 02/225.82.95.

■ En direct de la Médiathèque

Génération raison - les jeunes et l'amour

Comment les jeunes vivent-ils l'amour alors qu'ils ont à affronter la réalité du sida et de l'exclusion sociale? Les jeunes filles, dans leur grande majorité, attendent le prince charmant; les garçons, quant à eux, n'ont pas de critères précis. En jeans, en Pataugas ou en crinoline, les amours adolescents sont toujours très romantiques. Apparemment, les jeunes ne sont guère différents de leurs parents. Mais cette génération est plutôt lucide et inquiète des dérives de l'amour et de la sexualité avec l'apparition du sida. Une enquête à la rencontre de ces adolescents qui confient à la caméra leurs craintes et leurs espoirs. Avec des extraits des émissions de Sky Rock et Fun Radio qui offrent un espace de paroles et d'écoute où les jeunes peuvent tout dire et demander tout sur l'amour et la sexualité.

AZOU LAI M., LUZZI P. - FR2
1993, 36'
Cote MCFB SJ2085

Vivre sans voir

Il y a près de 40.000 aveugles et malvoyants en Belgique. Pour la plupart d'entre eux, la médecine et l'ophtalmologie ont déjà fait le maximum. Quand l'acuité visuelle ne peut plus être modifiée, les malvoyants peuvent s'adresser à des centres de «basse vision» qui apportent une aide dans l'amélioration visuelle: l'adaptation des gestes de la vie quotidienne, les conseils en éclairage, le choix de loupes ou autres aides optiques appropriées, l'apprentissage de la canne blanche, voire même le don d'un chien d'aveugle, etc.

A travers cinq portraits d'aveugles et de malvoyants, du bébé à la personne âgée, le reportage montre l'aide apportée par ces centres: la prise en charge spécifique du bébé, le suivi des étapes de la scolarisation, l'intégration dans la société, la revalidation, etc.

RONDIA K., VAN BELLINGHEN M., BADOT P. - R.T.B.F.
1994, 60'
Cote MCFB SA2322

Des lunettes pour y voir clair

Quarante cinq pour cent des Belges portent des lunettes. A partir de 40 ans, la presbytie frappe la totalité de la population. Dès 50 ans, tout le monde devrait porter des lunettes. L'émission fait le point sur le marché des lunettes et des verres correcteurs. La Belgique détient le record absolu d'un opticien pour 3.200 habitants (trois fois plus qu'en France, deux fois plus qu'aux Pays-Bas).

Le reportage montre le rôle de l'Association professionnelle des opticiens de Belgique face à cette pléthore, l'abondance des écoles d'opticiens et la qualité de leur enseignement et, enfin, les conflits d'intérêt entre ophtalmologistes et opticiens.

HERMANS S., ROUSSEAU D. - R.T.B.F.
1994, 20'
Cote MCFB SA2326

L'enfant rêvé

Ce document de réflexion sur l'enfance handicapée a été réalisé en collaboration avec une classe d'école primaire, en France.

C'est avant tout une histoire d'enfants, leur cheminement dans le quotidien. Pascal est un petit garçon ordinaire, âgé de 7 ans, inscrit en classe de cours préparatoire. Il est beau, intelligent, sensible. Pascal est le type même de l'enfant que l'on désire. Et puis il y a l'autre, à l'origine de cette histoire. Il s'appelle Kamel, il a le même âge que Pascal. Il ne marche pas, ne parle pas; il est né polyhandicapé. Kamel est un enfant inattendu.

Le récit se structure autour de la présence importante de l'eau, dans l'alternance du quotidien et de l'imaginaire. De ce passage de la réalité à la poésie va naître la rencontre avec les deux enfants. De là vont ressortir les interrogations propices à modifier le regard et la compréhension du spectateur.

CHALAGUIER C., FERRIER E. - GROUPE SIGNES LYON, CCFP, C.A.M.S.P.
1989, 26'
Cote MCFB SQ5400

Ultramoderne solitude

De nos jours, de plus en plus de personnes vivent seules. Plus on avance en âge, plus la solitude devient pesante. L'homme est un être social qui a besoin de relations affectives et de contacts humains pour préserver son équilibre psychologique. L'isolement est accentué par le désœuvrement, le chômage, la vie anonyme dans les grandes villes, etc.

Par divers reportages et témoignages, l'émission approche le problème de la solitude et propose quelques pistes: assumer ou briser sa solitude, trouver l'âme soeur, trouver une aide psychologique en cas de détresse trop importante, préparer sa retraite, etc.

HAYOIS G., JUNCKER B. - R.T.B.F.
1994, 20'
Cote MCFB SA2351

Corps et âme

Alors que l'on croyait que le système immunitaire était un système autonome, qui se régule de lui-même, il est aujourd'hui établi qu'il dialogue avec le cerveau. Le reportage donne différents exemples de nouvelles approches en matière de thérapie des maladies cardio-vasculaires, du cancer du sein et du sida: apprendre à mieux communiquer pour lutter contre le stress; apprendre de nouvelles règles de vie... D'une manière générale, ces méthodes tendent à réduire l'impact du stress sur l'évolution des maladies citées plus haut.

Dans une douzaine d'hôpitaux américains, des unités de soins où l'on incite le malade à passer de l'état de patient à celui de partie prenante dans son traitement ont été aménagées. En utilisant ces nouvelles méthodes, la science médicale tente de comprendre et d'identifier les modes de communication entre le système immunitaire et le cerveau.

BENNOUIN A.M. - POINT DU JOUR
1994, 23'
Cote MCFB SQ3021

Notices rédigées par Eric Vandersteeven et Alain Degehet. Pour d'autres renseignements, contacter la Médiathèque - Service Audiovisuel, Place de l'Amitié 6, 1160 Bruxelles. Tél.: 02/737.18.11. Fax: 02/737.18.88.



La communication 'soft' d'Infor-Drogues. Le lecteur comprendra que nous ne tenons pas à reproduire de 'visuel' de Publicis...

'tu consommes de la drogue, la drogue te consume' (dans le sens de détruire), de la part de gens dont l'objectif exclusif est par ailleurs de pousser le public à consommer, à consommer tout et n'importe quoi?

La peur est-elle bonne conseillère?

Au-delà de la polémique, la campagne "Les drogues te consomment" permet de s'interroger une fois de plus sur le recours au sentiment de peur dans un but préventif. Cela fait longtemps qu'on y a recours, cela fait longtemps

■ L'adhésion aux comportements prescrits de santé

Histoire d'un projet pilote interhospitalier

Depuis plus de deux ans, le Centre d'Education du Patient, en collaboration avec plusieurs institutions hospitalières, développe le projet "Adhésion aux comportements prescrits de santé: comprendre et agir". Le projet a pour objectif l'amélioration de l'adhésion des patients chroniques à leurs traitements par une meilleure Education pour la Santé du Patient. L'article retrace l'historique et les étapes de ce projet.

Il est actuellement clairement démontré que l'état de santé d'un individu ou d'une population est influencé en partie par ses propres comportements de santé.

Parmi les nombreux comportements de santé concernés par les approches pré-

aussi que cela énerve certains intervenants, pour qui jouer sur la peur est à la fois immoral et peu efficace.

Le hasard fait que le Tijdschrift Gezondheidsvoorlichting, une revue hollandaise spécialisée en promotion de la santé, vient de publier un article intéressant et nuancé sur le sujet (1). L'auteur, constatant une recrudescence récente des campagnes de prévention 'hard', s'interroge sur cette pratique.

Une distinction importante est faite entre les campagnes massives et le 'narrow casting', lorsque le message est diffusé uniquement à des endroits fréquentés par le groupe-cible. Cette dernière formule a l'avantage de permettre d'évaluer facilement l'impact du message et au besoin de le modifier rapidement.

Partisans et adversaires du recours à la peur disent que leur approche se justifie scientifiquement. Depuis les années 50, plusieurs modèles ont été élaborés en psychologie sociale. Une certaine dose d'angoisse dans le message permettrait de se rendre compte du risque couru. Mais la peur ne suffit pas pour que le récepteur du message adapte son comportement en conséquence. Il doit être en plus convaincu que le comportement recommandé est efficace pour éviter la menace, et se sentir capable de l'adopter. Si ce n'est pas le cas, le message risque d'être rejeté.

S'il est possible d'établir un lien entre la peur et le changement d'attitude, c'est

beaucoup moins clair pour le changement de comportement. Et les données expérimentales manquent pour étayer l'usage de la peur, en particulier l'emploi d'images répulsives et de slogans brutaux.

Comme on l'a vu, cela n'empêche pas des professionnels de la communication d'y avoir recours, et même des professionnels de la prévention, qui pensent que si une approche 'soft' ne donne pas les résultats escomptés, il faut y aller plus fort. De même, les représentants du public visé trouvent souvent lors de prétests que le message ne va pas assez loin, parce qu'ils considèrent que cela ne les concerne pas eux-mêmes, mais les autres...

Bref, la prudence est de mise, et sans données précises sur les déterminants de tel ou tel comportement de santé, il est vraiment difficile de recommander une approche faisant appel à une émotion aussi puissante que la peur.

Il ne suffit pas de remplacer l'euphorie positive du discours publicitaire dominant par des images sordides pour gagner la bataille de la prévention. Mais cela ne signifie pas non plus qu'il faille exclure absolument une communication négative, en tout cas au nom de l'efficacité.

Christian De Bock

(1) Régine Dugardyn, 'Hoe legitiem is het gebruik van angst in de voorlichting?', TGV n° 11, décembre 1995, pp. 2 à 5. ■

ventives et éducatives, les pratiques en matière d'adhésion aux traitements (1) prescrits par les professionnels de la santé (et plus particulièrement le médecin) sont au cœur d'un problème majeur, celui de la non-compliance (2).

Le suivi des traitements prescrits (comportement de santé visant le rétablissement du meilleur état de santé possible) figure probablement parmi les plus nombreux des comportements de santé concernés par l'éducation.

A travers les différentes activités (promotion, aide logistique et méthodologique) menées au Centre d'Education du Patient, nous sommes continuellement confrontés aux problèmes de la non-compliance et des facteurs déterminant les comportements des patients (3).

Ampleur et conséquences du non-respect des traitements prescrits

A travers les lectures de nombreuses études internationales sur le sujet, nous avons relevé un taux global de non-compliance de 50%. Ce taux varie de 24 à 82% selon les situations et les problèmes de santé.

En Belgique, on observe chez les patients diabétiques, 40,4% d'erreurs importantes d'adhésion au traitement. Chez des patients coronariens, 54% d'erreurs au niveau de la connaissance des traitements prescrits et chez des patients respiratoires chroniques, 86% d'erreurs concernant le nom des médicaments prescrits.

Au vu de ces quelques chiffres, la non-compliance pose de nombreux problèmes, tant en terme de santé publique que de santé individuelle, et ses conséquences ne peuvent être ignorées.

Les principaux effets possibles et cumulables de la non-compliance sont les suivants:

- un allongement des périodes de maladie avec un risque important d'augmentation du nombre de complications;
- le risque accru de complications nécessitant des traitements plus longs et plus onéreux tant pour le patient que pour la société;
- une stabilisation d'un état de santé défavorable (hospitalisations répétées);
- une perte de confiance et une insatisfaction du patient vis-à-vis des services de santé, le poussant très souvent à une surconsommation des soins (consultations répétées,...);
- ...

Causes de la non-compliance

La non-compliance est la conséquence d'une multitude de variables interdépendantes, liées tant à l'individu qu'aux professionnels de la santé, au cadre de la relation de soins et à l'environnement social ou professionnel du patient.

Donc, pour améliorer la compliance, il s'agit actuellement d'intégrer aux pratiques éducatives existantes et souvent axées sur les aspects de savoir et de savoir-faire, une prise en compte des facteurs issus d'une approche globale incluant les facteurs psycho-affectifs et sociaux.

Depuis 1987, il nous est apparu important voire nécessaire de réaliser des recherches, de mener des programmes d'application qui tiennent compte des facteurs influençant les comportements des patients vis-à-vis des prescriptions et des traitements, afin de mieux comprendre cette problématique.

Ces différentes actions ont abouti à la formulation d'une démarche intégrée, issue du modèle de Prédiction des Comportements de Santé (ce modèle met en relation les théories de la prise de décision au niveau psychologique

dans le but de comprendre et d'expliquer les décisions prises par le patient face à des choix de comportements de santé).

Fin 1991, le Centre d'Education du Patient a élaboré un dossier en vue de financer le projet-pilote interhospitalier dont l'objectif est l'amélioration de l'adhésion des patients chroniques à leurs traitements, par une meilleure Education pour la Santé du Patient.

Préalablement à une demande de financement auprès du Ministère de la Culture et des Affaires Sociales de la Communauté française de Belgique, des contacts ont été pris auprès d'insti-

tutions hospitalières (regroupées pour certaines d'entre elles au sein du Comité Interinstitutionnel d'Education du Patient (CIEP)), afin de préciser le projet et de trouver des partenaires intéressés par la question.

Fin 1992, les subsides ont été accordés par le Ministère. Dès lors, nous avons pu démarrer concrètement ce projet.

Le projet-pilote interhospitalier

L'objectif général du projet vise l'amélioration de l'adhésion des patients souffrant d'une pathologie chronique

PARTENAIRES DU PROJET INTERHOSPITALIER "ADHESION AUX COMPORTEMENTS PRESCRITS DE SANTE: COMPRENDRE ET AGIR"

Projet soutenu principalement par le Ministère de la Communauté française de Belgique, Département Santé.

Projet conjoint du Centre d'Education du Patient (CEP) et du Comité Interinstitutionnel d'Education du Patient (CIEP).

Direction du Projet

Alain Deccache, Centre d'Education du Patient et UCL, RESO, Education Santé.

Collaborateurs

France Libion, Claude Renard, Anne Malice, Centre d'Education du Patient.

Conception d'outils éducatifs

Marie-Madeleine Leurquin, France Libion, Centre d'Education du Patient.

Participation à l'évaluation préalable

- CHR Citadelle (Liège), Geneviève Thomas*;
- Hôpital Universitaire Erasme, Jacques Dumont*;
- CH du Grand Hornu, Geneviève Vilain*;
- CH Hutois (Huy), Jeanine Coulonval*;
- Cliniques Universitaires Mont-Godinne, Véronique Nonet*;
- Clinique Notre-Dame (Waremmes), Kabena Kalombo Locko*;
- Cliniques Universitaires St Luc, Nathalie Vanheden et Valérie Vandooren;
- CH Ste Ode, Berradette Poirrier et Dr Freddy Smeets;
- CH St Joseph - Espérance (Liège), Colette Levêque*;
- CH de Roubaix, Dr P. Gross;
- CH de Valenciennes, Dr Ben Soussan.

* Infirmier(e) coordinateur(trice) en Education du Patient.

Participation à la formation

- CH Ste Ode, service de pneumologie et service de réhabilitation pulmonaire;
- Cliniques Universitaires de Mont-Godinne, service de chirurgie cardiaque, service de cardiologie, et service de chirurgie générale et vasculaire;
- Hôpital Universitaire Erasme, service de diabétologie;
- CH Grand Hornu, deux services de cardiologie et le service de réanimation;
- Cliniques Universitaires St Luc, service de diabétologie;
- CH Roubaix, Centre d'Enseignement pour le traitement du diabète.

Participation à l'évaluation des effets des interventions menées

- CH Ste Ode, service de pneumologie et service de réhabilitation pulmonaire;
- Cliniques Universitaires de Mont-Godinne, service de chirurgie cardiaque, service de cardiologie et service de chirurgie générale et vasculaire;
- CH Grand Hornu, deux services de cardiologie et le service de réanimation;
- Cliniques Universitaires St Luc, service de diabétologie;
- CH Roubaix, Centre d'Enseignement pour le traitement du diabète.

Etapas en cours de réalisation

- Evaluation des effets des interventions menées
- Analyse des facteurs liés au contexte institutionnel et organisationnel

plus permissif qui s'est élaboré au cours des deux dernières décennies s'est effectivement répandu dans la société.

Abordons la maternité par un article d'humeur - de très mauvaise humeur. Notre collaboratrice Karina Zaman règle ses comptes: tous aux abris!... L'image sociale de la mère (femme enceinte épanouie, voire béate) est également contestée par le regard d'un psychiatre, Perrette Firket. L'observation clinique, mais aussi une réflexion plus sociale, convergent pour ramener la grossesse et le post-partum à une réalité ni toute noire, ni toute rose, faite aussi de conflits, d'ambivalence, de souffrance, de révolte.

Pour terminer, on revient à l'enfant: Marthe Van de Meulebroeke se demande si, au sein de structures familiales de moins en moins rigides, mais aussi de moins en moins stables, l'enfant peut encore organiser son vécu et construire sa personnalité. La question n'est pas posée d'un point de vue psychopédagogique mais bien éthique. Il ne s'agit pas pour autant de condamner ou d'autoriser mais, en s'appuyant sur une réflexion historique et sociologique, d'affronter un questionnement. Ce à quoi nous ambitionnons, dans tout ce dossier, d'inciter le lecteur.

Et ce n'est pas tout...!

En annexe de ce dossier En Question sur les parentalités, vous trouverez le texte d'une intervention de Martine Segalen (sociologue, chercheur au CNRS) faite au cours d'une conférence organisée en décembre 1994 par la FFBPFS: «La famille aujourd'hui: crise ou continuité?».

N'hésitez pas à vous procurer ces documents, ils sont truffés de textes parfois complexes, toujours intelligents et fort bien écrits.

Fédération francophone belge pour le Planning familial et l'Education sexuelle, rue de la Tulipe 34, 1050 Bruxelles, tél. 02/502.82.03, fax 02/502.56.13. ■

L'euthanasie

L'actualité de ces derniers mois évoque abondamment ce thème. Les déclarations se succèdent, les esprits se heurtent, les contradictions surgissent. Le problème, s'il a toujours existé, est peut-être réactualisé par les choix de société que nous dev(r)ons poser.

Le cahier du Germ apporte différents éclairages à ce problème éthique par la présentation de recherches et de conférences.

Euthanasie signifie au départ "bonne mort", et par extension, douce et sans souffrance. Sa définition actuelle la plus admise semble être celle du Petit Robert qui parle «d'un usage des procédés qui permettent de hâter ou de provoquer la mort pour délivrer un malade incurable de souffrances extrêmes, ou pour tout autre motif d'ordre éthique».

Les techniques les plus récentes permettent de prolonger la vie et parfois de la mener dans une impasse, on parle d'acharnement thérapeutique ou d'inefficacité face à la souffrance et à la douleur. Les médecins se trouvent confrontés à des situations qui étaient jusqu'il y a peu inconnues, la médecine curative ayant terminé son action et les soins palliatifs étant incapables de contrôler la souffrance physique ou morale.

Ces situations sont nouvelles car le rôle premier du médecin est la guérison et le rétablissement de la santé, de la vie. Les mouvements d'opinion exigent le respect des volontés du patient et abordent, en plein, l'euthanasie active et passive.

Ce cahier fait aussi le point sur la législation dans notre pays, en définissant notre cadre pénal face aux situations multiples de l'euthanasie, mais aussi aux Pays-Bas qui est le seul pays où l'euthanasie est acceptée grâce, faut-il le souligner, à sa jurisprudence, tout en respectant des exigences strictes et des étapes bien définies.

Le récit d'un débat contradictoire entre catholiques et laïcs nous montre, de toute évidence, que les points de vue ne sont pas nécessairement inconciliables.

Face à l'acharnement thérapeutique, face à l'euthanasie active, faut-il légiférer? Comment? Pourquoi? Autant de questions qui trouvent des réponses nuancées par des auteurs, des chercheurs, des hommes de terrain. Autant d'éclairages qui nous permettent d'appréhender ce problème extraordinairement délicat.

L'euthanasie, Y.Kenis, M.Englebert, J.-M. Martou, Fr. Roggen, J. Pohier, Les Cahiers du Germ, Collection «Expérience et analyses» numéros 232-233, 500 FB. ■

Mon enfant voit mal

Ce livre décrit ce que voit un enfant de la naissance jusqu'à l'âge de l'école. Les études récentes montrent que l'on peut mesurer la vision dès le plus jeune âge et corriger ces défauts, ce qui permet à l'enfant d'avoir accès normalement au monde qui l'entoure.

Ce livre présente les risques d'atteinte visuelle légère et grave, qu'il s'agisse de troubles facilement corrigés ou soignés, comme les strabismes ou erreurs de réfraction (myopie, hypermétropie, astigmatisme) ou de troubles graves, consécutifs à des malformations ou à des atteintes cérébrales.

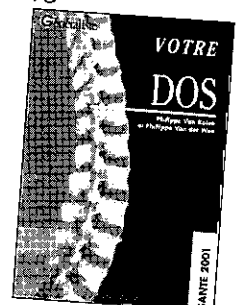
On y explique également les attitudes à adopter et le principe des actions thérapeutiques qui peuvent être entreprises.

Ce livre s'adresse à ceux qui sont responsables de l'enfant: les parents, mais aussi les pédiatres et ophtalmologistes pour les informer et favoriser ainsi un dépistage et un traitement précoce.

F.VITAL-DURAND, M.BARBEAU, Mon enfant voit mal, coll. Questions de personne, éd. De Boeck, 96 p., 400 FB. ■

Votre dos

80% de la population active souffre tôt ou tard de douleurs de dos. 70% de ces douleurs sont causées par des faux mouvements ou des attitudes inadéquates du corps. Elles peuvent donc être réduites, guéries ou évitées.



Les Editions Labor et le journal Le Généraliste ont publié un livre où des spécialistes du dos proposent au grand public, en une centaine de photos et de nombreux conseils et exercices pratiques, de modifier les mauvaises habitudes en gestes plus salubres pour le dos, sur le lieu de travail, à la maison, dans les déplacements en voiture, pendant les loisirs sportifs,...

VAN KOLEN P., VAN DER WEE P., Votre dos, Le Généraliste/Ed. Labor, 1995, Collection Santé 2001, 143 pages. ■

La santé des adolescents

Quels liens entre recherche et prévention?

Cet ouvrage est le premier d'une nouvelle collection que le Comité Français d'Éducation pour la Santé a décidé de créer autour de séminaires de réflexion sur l'éducation et la promotion de la santé.

L'objectif de ce séminaire-ci était de favoriser les échanges entre décideurs politiques, chercheurs et professionnels de terrain engagés dans des actions de prévention auprès de jeunes et d'examiner dans quelle mesure ces différents acteurs peuvent collaborer, voire s'impliquer dans des projets communs.

L'ouvrage s'articule autour de cinq axes:

- les attentes réciproques des chercheurs, des décideurs politiques et des gens de terrain dans le domaine de la santé des adolescents;
- l'intérêt et les limites d'associer les acteurs de terrain et les décideurs aux activités de recherche;
- l'importance de la valorisation des résultats des recherches sur la santé des adolescents;
- la place des jeunes dans les recherches et les programmes de prévention qui leur sont destinés;
- les stratégies propres à améliorer la collaboration entre chercheurs, planificateurs, professionnels de terrain et jeunes.



Une trentaine de personnes apportent ainsi leur contribution à ce document. Des chercheurs, décideurs et acteurs de terrain de France mais aussi de Suisse, d'Angleterre, des États-Unis,

du Canada, d'Algérie, de Suède et... de Belgique. Geneviève Houioux et Danielle Piette de PROMES (ULB) se posent (depuis longtemps) et nous posent (aujourd'hui) la question de la possibilité pour une équipe universitaire de contribuer réellement à la promotion de la santé des jeunes.

Ce livre est intéressant pour ceux qui travaillent auprès d'un public d'adolescents mais aussi (si pas plus) pour toute personne cherchant à faciliter le lien entre travail de recherche et travail de terrain.

La santé des adolescents, Quels liens entre recherche et prévention?, Séminaire, Cartigny (Genève), 4-6 novembre 1993, éditions CFES, novembre 1994, 228 p.

CFES, 2 rue Auguste-Comte, F-92170 Vanves. ■

Familles

On en a beaucoup parlé, l'année 1994 était consacrée Année Internationale de la Famille par les Nations-Unies. Un des objectifs de cette initiative était «d'attirer l'attention sur les questions familiales et d'inciter les institutions nationales à mettre en oeuvre des politiques tendant à régler les problèmes les plus graves et à promouvoir les libertés fondamentales et les droits de l'homme».

La Fédération francophone belge pour le Planning familial et l'Éducation sexuelle (FFBPFES) a organisé à cette occasion diverses activités. Elle a voulu réaffirmer clairement ses positions en faveur des droits individuels, du statut de la femme et de l'égalité des sexes.

C'est pourquoi elle a réalisé une brochure, intitulée «Familles aujourd'hui», dans laquelle elle exprime sa conception de la famille et les grands axes de la politique familiale qu'elle entend promouvoir. Diverses prises de position et analyses abordent successivement: le couple et le mariage (on y fait état d'une récente proposition de loi concernant le contrat de vie commune); la fécondité; la parentalité (avec notamment la proposition des Femmes Prévoyantes Socialistes d'instaurer un congé de paternité obligatoire de 10 jours ouvrables à prendre dans les 30 jours après la naissance); l'adoption; les allocations sociales; la protection de l'enfance; la séparation et le divorce.

En conclusion, la Fédération réaffirme soutenir «toutes les mesures qui visent à éviter les discriminations entre les diverses formes de vie commune, à permettre ou à faciliter le libre choix en matière familiale, à établir ou à soutenir des relations plus égalitaires et plus responsables au sein de la famille. (...)

En outre, nous attirons particulièrement l'attention sur l'inégalité croissante en matière d'accès à l'information, aux services et aux méthodes de planification familiale. Une partie de plus en plus importante de la population, à cause de la diminution de ses revenus mais aussi d'une marginalisation sociale, est exclue du système de santé classique ou hésite à y recourir. Les centres de planning familial ne peuvent, seuls, répondre à ces besoins.»

En question

La FFBPFES consacre un numéro de «En Question» aux parentalités. Nous vous livrons des extraits de l'avant-propos présentant le dossier: il vous mettra sûrement l'eau à la bouche.

«D'entrée de jeu, l'anthropologue Michel Singleton rappelle avec humour que la sacralisation actuelle de la famille par les autorités catholiques contraste avec les débuts du christianisme: Jésus était un perturbateur, un briseur de foyer, un contestataire de l'autorité parentale; et la Sainte Famille était plutôt une «sacrée famille!»

De la Palestine, année zéro, passons d'un bond à la Belgique d'aujourd'hui. En 1987, la loi sur la filiation a été modifiée pour s'adapter à l'évolution des moeurs et des mentalités. Christine Mahieu, juriste, relève les limites, voire les effets pervers (concernant notamment la place du père), qu'une législation a priori égalitaire peut receler.

La question du père est reprise avec l'historien Paul Servais: d'où vient cet intérêt récent (et tardif) pour la paternité? Car, si des quintaux de papier ont été noircis à propos des mères et des enfants, les publications sur les pères sont rares et datent des années 1980.

Avant de passer aux mères - chacun son tour -, une petite pause du côté de l'éducation familiale: Jean Kellerhals et Cléopâtre Montandon ont consacré une étude sociologique aux «stratégies éducatives» des parents contemporains. Nous résumons et commentons cette recherche, en cherchant à savoir dans quelle mesure le modèle éducatif

aux traitements qui leur sont prescrits. Il s'adresse plus particulièrement à des patients adultes de langue française concernés par un problème de santé chronique nécessitant un traitement dont l'utilité est indiscutable et dans lequel les comportements propres du patient sont primordiaux pour l'efficacité du traitement.

Les problèmes de santé chroniques pris en compte sont: le diabète, les insuffisances respiratoires, les maladies cardiaques, et un traitement chronique: l'anticoagulant oral (le "Sintrom").

Dans le cadre de ce projet, l'ensemble des activités éducatives s'orientent vers un travail d'accompagnement psychosocial du patient, en plus du travail d'information et de formation actuellement réalisé par les soignants.

En effet, en fonction des acquis actuels, nous savons que les actions éducatives doivent s'orienter vers:

- un renforcement du sentiment d'efficacité chez le patient;
- une acquisition de connaissances pratiques de la maladie, du traitement, plutôt qu'un savoir théorique orienté vers l'anatomie et la physiopathologie;
- un accompagnement du patient afin de l'amener à comprendre les obstacles qui entraînent des comportements de santé inadéquats et à découvrir les bénéfices personnels à des comportements de santé adéquats;
- une aide au patient pour définir le sens qu'il attribue à sa maladie;
- etc

Chronologie du projet

Le projet comprend 3 étapes:

Étape 1

- L'évaluation préalable: recueil de données auprès des patients, des soignants et des coordinateurs d'Éducation du Patient concernant les facteurs influençant la compliance, les pratiques et méthodes actuelles d'Éducation du Patient.

L'évaluation préalable auprès des patients a pour fonction:

- d'analyser les besoins des patients et les facteurs influençant la compliance;
- d'avoir une mesure de référence à comparer avec d'autres moments de mesure (Étape 3) pour évaluer les effets du projet.

Le recueil des informations auprès des soignants et des coordinateurs a pour but de mieux comprendre les pratiques éducatives existantes et de dégager, dans un premier temps, le contenu des formations sur base de l'analyse des demandes des soignants.

- La détermination des conditions générales d'amélioration des activités éducatives en fonction d'une revue de la littérature et des résultats de l'évaluation préalable.

À la réception de l'accord de subvention, une phase de "redynamisation" du projet a été entreprise parallèlement à la première étape de celui-ci.

Sur 7 institutions hospitalières ayant marqué un accord de principe pour une participation au projet en 1991, 6 ont accepté de reprendre le projet en octobre 1992 et 5 autres centres hospitaliers ont souhaité y collaborer.

Un travail d'obtention des accords institutionnels, de motivation des équipes pressenties, de négociation des fondements du projet et de programmation des participations a été réalisé.

L'obtention des accords institutionnels a nécessité, dans plus de la moitié des institutions participantes, l'accord simultané des directions, des comités médicaux et des commissions d'éthique médicale ainsi qu'une présentation (et la discussion) de l'organisation pratique des actions du projet et de son évaluation.

Vu la complexité du projet, de par le nombre d'institutions participantes, son contenu (concevoir l'action à partir du maximum d'informations pertinentes) ainsi que son champ d'action (patients - soignants - contexte), celui-ci a nécessité une coordination rigoureuse, un travail en partenariat, en collaboration permanente avec les personnes coordinatrices de l'Éducation du Patient de chaque hôpital partenaire. Les coordinateurs ont été étroitement associés à toutes les phases d'élaboration des outils nécessaires à l'opérationnalisation du projet. Ce travail de coordination s'est concrétisé dans le cadre de réunions, lieux de questionnement, d'interview, de respect du rythme d'avancement de chaque partenaire.

Les informations auprès des patients ont été récoltées par les équipes soi-

gnantes, via un questionnaire auto-administré.

Les informations sur la manière dont chaque service participant organise l'Éducation du patient ont été récoltées par l'équipe du Centre d'Éducation du Patient (interviews des équipes, questionnaire remis aux coordinateurs).

Étape 2

* La mise en place, dans les services des institutions partenaires qui le souhaitent et en collaboration avec elles, des changements et modifications souhaités, selon leur propre rythme, à travers des formations des équipes impliquées.

* L'évaluation des processus de changements et les réajustements de ces changements si nécessaire.

À partir des informations recueillies et de la revue de la littérature, des formations ont été menées avec les services intéressés.

Les contenus de la formation ont été définis sous forme de canevas global: la relation éducative dans l'approche thérapeutique, la communication comme outil de la relation éducative, Éducation du Patient et projet institutionnel, les besoins des patients et leur prise en considération dans la relation éducative, logistique éducation (méthodes, moyens et outils de communication et d'éducation), évaluation du processus de formation.

Chaque service partenaire s'est défini le contenu qui lui était pertinent.

La méthodologie utilisée dans le cadre de ces formations est essentiellement active: échanges et discussions, analyses de situations vécues, jeux de rôle, élaboration d'outils (éducatifs, d'anamnèse éducative,...).

Étape 3

* Après une période d'adaptation nécessaire pour les équipes de soins, un recueil des données auprès des patients, des soignants et des coordinateurs (similaire à l'Étape 1), afin d'évaluer l'importance et l'intérêt des changements réalisés.

L'étape 3 du projet a démarré en avril 1995.

Elle comprend:

- une nouvelle collecte des données auprès des patients et des soignants;
- la poursuite de l'évaluation de processus.

Cette étape a pour but:

- de mieux déterminer les changements ou non-changements intervenus dans les services partenaires depuis le début du projet en matière de

- prise en charge éducative des patients;

- fonctionnement du service (accueil de nouveaux "types" de patients, changements dans le personnel);

- priorités de l'institution et du service dans l'organisation, dans le mode de prise de décisions,...

- de pouvoir ainsi mieux comprendre l'impact du projet tant au niveau des patients que des soignants, en tenant compte des changements institutionnels et organisationnels indépendants du projet.

Le projet s'est terminé fin 1995. Nous pourrions alors tirer des conclusions sur les apports qu'un tel projet peut amener à propos dans l'amélioration de la prise en charge éducative des patients atteints d'un problème de santé chronique.

Nous espérons pouvoir proposer aussi des "profils" de contexte institutionnel favorisant la mise en place, la réalisation concrète, ... d'activités éducatives au lit des patients.

Dès à présent, ce projet a permis, tant aux soignants y participant qu'à l'équipe du Centre d'Education du Patient, de mieux comprendre la problématique de la non-compliance.

France Libion et Anne Malice, du Centre d'Education du Patient, et **Alain Deccache**, Professeur à l'Unité d'Education pour la Santé (RESO-UCL)

(1) *Le traitement est l'ensemble des moyens (médicaments, régime, mode de vie, des exercices de kinésithérapie, ...) mis en place pour améliorer l'état de santé des patients, et prescrits par un professionnel de la santé.*

(2) *De nombreuses définitions de la compliance existent qui vont de l'obéissance stricte au concept plus large "d'adhérence". Pour nous, le concept de compliance se conçoit en terme "d'alliance" thérapeutique où l'adhérence est le résultat de négociations entre le soigné et les soignants. La compliance-adhérence est donc le niveau de respect des comportements thérapeutiques et préventifs librement consentis par le patient.*

(3) *Le patient est la personne impliquée dans une relation d'aide médicale ou sanitaire, avec un professionnel de la santé.*

Pour les lecteurs intéressés, le numéro 1/1995 du Bulletin d'Education du Patient est consacré exclusivement à ce projet.

Dans ce numéro, nous explicitons, outre son historique, le modèle théorique qui le sous-tend, les résultats des premières analyses réalisées auprès des patients concernés par l'étude, ainsi que les formations - interventions qui ont été menées auprès des services de soins partenaires. Deux articles envisagent également le point de vue des soignants impliqués dans cette démarche.

Ce numéro est disponible au Centre d'Education du Patient (250 FB).

Le rapport d'évaluation préalable réalisé auprès des patients ainsi qu'un document de présentation de l'analyse de contexte sont également disponibles.

Pour tous renseignements:
Centre d'Education du Patient,
rue du Fond de la Biche 4,
5530 Godinne (Yvoir).
Tél.: 082/61.46.11.
Fax: 082/61.46.25.

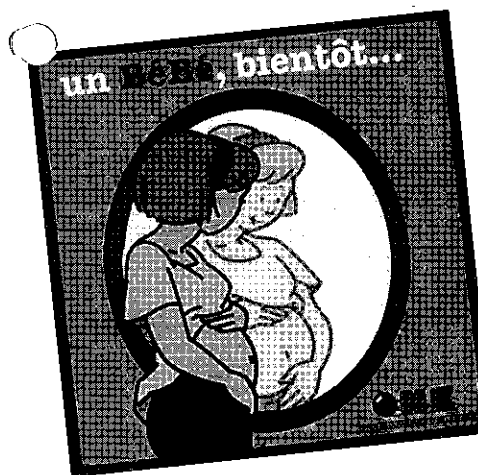
Matériel

■ Nouveautés de l'ONE

Un bébé, bientôt...

Le Service Education pour la Santé de l'Office de la Naissance et de l'Enfance a réalisé une nouvelle brochure d'information sur la grossesse. Il y détaille le déroulement de la grossesse, de la conception à l'accouchement, en passant par les différentes visites de contrôle, l'hygiène de vie, la préparation de la venue du bébé, ou les droits de la femme enceinte (sans oublier ceux du papa).

Comme d'habitude, c'est clair, propre et complet.



Un bébé, bientôt..., disponible auprès du service Communication de l'Office de la Naissance et de l'Enfance, avenue de la Toison d'Or 84-86, 1060 Bruxelles.

Si on jouets?

Le jeu constitue le centre-même du monde de l'enfance, le langage naturel par lequel il s'exprime. Mais il lui sert aussi à apprendre, à décrypter le sens du monde adulte qui l'entoure.

Reste à savoir quel jeu ou quel jouet convient le mieux à l'enfant, compte tenu de son âge, mais aussi de ses goûts et de sa personnalité.

Pour les parents, le choix est d'autant moins facile qu'ils découvrent chaque année, dans les vitrines des magasins, une quantité impressionnante de nouveautés dont toutes ne sont pas profitables à l'enfant.

L'Office de la Naissance et de l'Enfance a publié une brochure à l'usage des parents, en collaboration avec la célèbre firme danoise Lego.

Une première partie détaille des activités adaptées à chaque phase du développement de l'enfant, de la naissance à 6 ans. Une deuxième partie classe alors les différentes catégories de jeux: jeux sensoriels, jeux psychomoteurs, jeux créatifs, jeux d'aptitude et de construction, jeux symboliques ou d'imitation, jeux vidéo.



Une très belle brochure, par sa forme (grâce aux illustrations fournies par le sponsor, mais aussi aux dessins de David Evrard), autant que par son contenu.

Si on jouets?, disponible auprès du service Communication de l'Office de la Naissance et de l'Enfance, avenue de la Toison d'Or 84-86, 1060 Bruxelles. ■

■ L'eau à la bouche

Par ce titre alléchant, le Comité français d'éducation pour la santé nous invite à (re)découvrir l'eau, élément indispensable à la vie, à notre vie.

D'où vient l'eau, qui distribue l'eau, comment contrôler sa qualité, que faire de nos eaux sales, quelle est notre consommation quotidienne, voici quelques-unes des questions abordées dans cette brochure.

Des illustrations fraîches et gaies servent agréablement ce document de 18 pages.

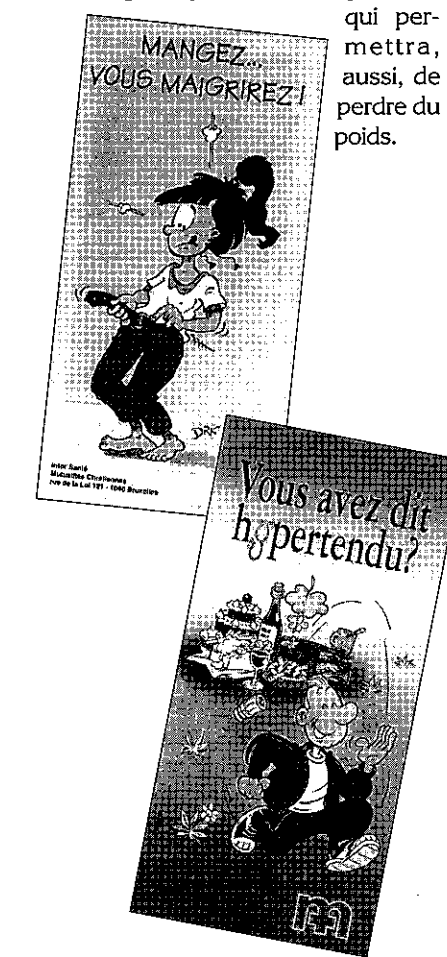
«L'eau à la bouche», 18 p., CFES, rue Auguste Comte 2, 92170 Vanves, France. ■

■ Nouveautés d'Infor Santé

Le service Infor Santé des Mutualités Chrétiennes a réalisé deux nouveaux dépliants.

Le premier s'intitule «Mangez, vous maigrirez!»: il s'adresse à ceux (et celles) qui ont déjà entamé un ou... dix régimes, et pour qui, chaque fois, tout était à refaire. Le principe de ce dépliant n'est pas de décrire ou critiquer les régimes en vogue, mais bien de développer des conseils simples pour acquérir une manière de vivre et de manger équilibrée à long terme,

qui permettra, aussi, de perdre du poids.



Le problème de l'hypertension fait l'objet du deuxième dépliant: causes, symptômes, traitement, hygiène de vie, prévention, tout y est clairement expliqué.

Ces dépliants, et une affichette correspondante aux deux sujets, sont chacun disponibles contre l'envoi de deux timbres à 16 francs à Infor Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles. ■

■ Adhésion: formation autour d'un outil

Six institutions hospitalières ont participé aux formations organisées par le Centre d'Education du Patient dans le cadre du Projet "Adhésion aux comportements prescrits de santé". Parmi celles-ci, les Cliniques Universitaires de Mont-Godinne en ont bénéficié, et plus particulièrement trois unités de soins.

Une rapide analyse des besoins réalisée dans les équipes de soins a fait apparaître une demande de formation orientée sur la communication. "Dans la course des soins, nous n'arrivons plus à communiquer ni avec les patients ni même entre nous! Est-il possible d'améliorer nos contacts avec les patients? Comment dans notre contexte de travail actuel établir une relation éducative avec les malades?"

Parallèlement à cette formation, les équipes ont souhaité élaborer un outil éducatif à l'usage des patients sous traitement anticoagulant.

Ce double travail a permis, malgré les difficultés rencontrées, de redonner à la relation soignant-soigné sa place cen-

trale et de considérer l'outil éducatif comme un "support à cette relation".

Formation à la relation éducative

Plusieurs thèmes ont été choisis pour les 8 séances programmées. "Les concepts de base de la relation éducative - Quelle attitude adopter face au refus du patient à suivre son traitement? - La métacommunication - Le rôle éducatif de l'infirmière - L'écoute et la reformulation - L'utilisation des outils éducatifs comme support à la relation éducative - Intersession de cas précis - Evaluation et perspectives".

Cette formation a été proposée à l'équipe pluridisciplinaire (personnel médical, infirmier et paramédical) de trois unités de soins à savoir, la cardiologie, la chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, et la chirurgie générale, thoracique et vasculaire.

Les séances étaient espacées d'environ 15 jours afin de permettre aux par-

ticipants d'intégrer le travail réalisé en formation dans leur pratique quotidienne et de permettre un retour lors de la séance suivante.

La formation s'est voulue un lieu d'écoute et de parole, de questionnement des pratiques et d'échanges avec d'autres professionnels vivant des réalités communes et différentes.

Elaboration d'un outil éducatif

Parallèlement à cette formation, plusieurs participants élaboraient un outil éducatif à l'usage des patients sous traitement anticoagulant.

La méthodologie utilisée pour la construction du support éducatif a permis également de réfléchir à la démarche éducative.

Une première enquête réalisée auprès des patients a permis de mieux connaître leurs prérequis et leurs besoins d'information. Certaines lacunes sont apparues: connaissances limitées

vât dans un café des joueurs de dominos, avec qui il resta jusqu'à la pointe de l'aube.

Un jour, sa soeur qui était mariée vint à son aide en payant les dettes qu'il avait contractées auprès d'usuriers empressés à ouvrir un crédit à l'héritier d'un grand nom.

Pendant un certain temps, la chance le favorisa, mais ensuite ce fut la déveine continuelle, et plus il perdait, plus ses engagements non remplis et sa parole d'honneur donnée et non tenue exigeaient impérieusement, pour le sauver, des gains importants. Il y avait longtemps déjà qu'il avait donné en gage sa montre, ses vêtements et finalement se produisit quelque chose d'épouvantable: il vola à sa vieille tante, dans une armoire, deux gros pendentifs qu'elle portait rarement. Il engagea l'un contre une forte somme, laquelle, le soir même, fut quadruplée par le jeu. Mais au lieu de se retirer, il risqua le tout et il perdit.

Au moment de son départ en voyage, le vol n'était pas encore découvert; aussi engagea-t-il le second pendentif et, obéissant à une inspiration subite, il prit le train pour Monte-Carlo, afin de gagner à la roulette la fortune dont il rêvait. Déjà il avait vendu sa malle, ses habits, son parapluie; il ne lui restait plus rien que son revolver avec quatre balles et une petite croix ornée de pierres précieuses que lui avait donnée sa marraine, la princesse de X..., et dont il ne voulait pas se séparer. Mais l'après-midi, il avait vendu cette croix pour cinquante francs, uniquement afin de pouvoir, le soir même, essayer de goûter une dernière fois à la joie frémisante du jeu, à la vie ou à la mort.

Le lecteur trouvera dans le périodique Patient Care d'avril 1990 une cartographie médicale typique de la trajectoire de vie d'un joueur et dans le livre de R. et G. Brenner «Spéculations et jeux de hasard», (P.U.F. 1993) une histoire de l'homme par le jeu.

Voici par ailleurs un extrait de la littérature des J.A. qui en 20 questions cernent l'existence ou non d'une compulsion au jeu.

1. Avez-vous déjà perdu du temps au travail à cause du jeu?
2. Est-ce que le jeu a déjà rendu votre vie familiale malheureuse?
3. Est-ce que le jeu a nui à votre réputation?
4. Avez-vous déjà ressenti des remords après avoir joué?
5. Avez-vous déjà joué dans le but d'obtenir de l'argent avec lequel vous pour-

riez régler des dettes ou autrement résoudre des problèmes financiers?

6. Est-ce que le jeu a causé une diminution de votre ambition ou votre efficacité?
7. Après avoir perdu, avez-vous ressenti le besoin de retourner aussitôt que possible en vue de regagner vos pertes?
8. Après avoir gagné, avez-vous ressenti le besoin urgent de retourner et gagner davantage?
9. Avez-vous souvent joué jusqu'à votre dernier sou?
10. Avez-vous déjà emprunté de l'argent pour financer votre jeu?
11. Avez-vous déjà vendu quelque chose pour financer votre jeu?
12. Avez-vous hésité à utiliser votre «argent du jeu» pour des dépenses normales?
13. Est-ce que le jeu vous a porté à négliger votre bien-être et celui de votre famille?
14. Avez-vous déjà joué plus longtemps que vous ne l'aviez prévu?
15. Avez-vous déjà joué pour échapper aux soucis ou aux problèmes?
16. Avez-vous déjà commis ou considéré commettre un acte illégal pour financer votre jeu?
17. Est-ce que le jeu fut cause d'insomnie chez vous?
18. Est-ce que les conflits, contrariétés ou frustrations suscitent en vous un besoin urgent de jouer?
19. Avez-vous déjà éprouvé un besoin urgent de célébrer un événement heureux en jouant pendant quelques heures?
20. Avez-vous déjà envisagé le suicide après avoir joué?

Nous renvoyons par ailleurs le lecteur intéressé à notre Conférence «Jeu et Toxicomanie» pour qu'il puisse se faire une image plus complète du jeu et des joueurs à la lumière de la perspective des J.A. et de l'éclairage de réflexion et de pratique complémentaire qu'approche le Pélican.

Il me reste à conclure.

Le but de cet article aura été d'informer le lecteur sur la création en Belgique d'un nouveau mouvement anonyme et, en particulier, d'un groupe de Joueurs Anonymes aux réunions hebdomadaires fixées le dimanche de 19 à 21 h au 17 rue Rempart des Moines à 1000 Bruxelles (renseignements: Lorenzo, 02/387.20.82).

Comme à l'instar d'autres mouvements anonymes de réponse à d'autres dépen-

dances - qu'elles soient à l'alcool, aux drogues, aux médicaments, aux aliments, aux émotions ou à des relations affectives - il nous a paru important d'informer le public des professionnels de la santé - et à travers eux le public en général - de l'opportunité d'offrir à leurs consultants dépendants ou concernés par le jeu, tant la voie médicale et psychothérapique classique que celle des mouvements anonymes d'entraide mutuelle - ici les joueurs anonymes - comme modalité de réponse bi-polaire à une dépendance - quelle qu'elle soit - ici le jeu.

Il nous a aussi paru intéressant de rapporter ici la naissance d'un mouvement anonyme en un pays, en une région, car c'est une oeuvre rare, précieuse et délicate que pareille gestation.

Elle est le fruit de volontés individuelles éclairées associées à une tradition et une diffusion porteuse de groupe d'entraide mutuelle très solide et très large, celles de tous les mouvements anonymes.

Le groupe de Joueurs anonymes qui vient de naître, est porteur, à son rythme et selon sa créativité propre, d'une promesse féconde et d'un espoir multiple pour de nombreux dépendants au jeu, qui, dans l'anonymat de leur détresse, mais aussi de leur recherche, attendaient cette création et espèrent en son harmonieux développement auquel chacun - joueur abstinent ou en voie de l'être - membre des Joueurs Anonymes apportera sa contribution.

Cet article, c'est aussi un pari tenu par l'Association du Pélican, que ce groupe de Joueurs Anonymes, serait créé et vivrait, à la façon dont l'astronome Leverrier avait prévu l'existence d'Uranus par formule mathématique avant même que cette planète puisse être mise en évidence par télescope.

Par ailleurs, simultanément et complémentarément à l'approche tant médicale qu'anonyme - via les J.A. - les réunions du Pélican continueront elles-mêmes d'offrir aux consultants des uns ou aux «fréquentants» des autres une ressource d'école de vie et d'épanouissement personnel pour la personne du dépendant en soi, quelle que soit par ailleurs sa forme de dépendance - à une substance ou psychologique - et ce y compris le jeu.

Dr. G. Bradfer

(1) Texte disponible sur demande au siège de l'Association du Pélican, 55 rue du Président, 1050 Bruxelles.

(2) «Vingt-quatre heures de la vie d'une femme» (Collection Le Livre de Poche n° 4340)

quant au traitement et à sa surveillance et ceci chez des patients traités depuis de nombreuses années. Pourquoi les renseignements dispensés par les soignants n'étaient-ils pas intégrés par les patients? Langage inaccessible? trop scientifique? Le patient était-il en mesure d'écouter au moment où il recevait l'information? Comment améliorer cet état de fait?

A partir de ces interrogations et des messages importants à faire passer auprès des patients, les objectifs, le contenu et la mise en page de la brochure ont été discutés lors de plusieurs réunions de travail.

La brochure a ensuite été prétestée. Ce prétest fut l'occasion de réfléchir sur les perceptions du patient. Ressent-il l'information comme rassurante ou plutôt inquiétante? Claire ou confuse? utile ou inutile?

A-t-il l'impression qu'il va pouvoir assumer son traitement dans sa vie quotidienne? Comment vit-il la relation établie avec les soignants? Comment alors, au vu de ces interrogations, peut-on optimiser la relation éducative?

Quelques difficultés rencontrées

Le travail d'élaboration de l'outil éducatif et la formation elle-même ont connu quelques difficultés. Citons par exemple:

- le manque de temps (si souvent évoqué par le personnel soignant) ne permet pas aux participants de se libérer du service pour se rendre à la réunion prévue;

- certains professionnels n'ont pas privilégié cet approfondissement de la relation éducative dans leur emploi du temps;

- certaines difficultés d'obtenir un consensus d'équipe sur la teneur du message à communiquer au patient.

Quelques apports de la formation et de l'élaboration de l'outil éducatif

Nonobstant les difficultés, les participants ont fait part des apports de la formation et du travail d'élaboration de l'outil éducatif.

C'est ainsi que le fait d'avoir concrétisé le travail d'élaboration d'un outil éducatif leur est apparu motivant et gratifiant. La formation leur a permis d'exprimer leurs difficultés et d'être écoutés dans leur réalité professionnelle, tout en mesurant l'importance de mettre objectivement les problèmes à distance en prenant le recul nécessaire dans le travail quotidien pour aborder la relation avec le malade.

Le travail conjoint de formation et d'élaboration d'un outil éducatif a opéré un changement en profondeur sur la façon de considérer et d'utiliser un outil éducatif. L'outil éducatif trop souvent considéré auparavant comme "agent informateur se substituant à la relation" a repris sa fonction de support à la relation. Et le personnel, conscient de l'importance de celle-ci mais souvent démuné pour l'établir, a reçu une aide pour assumer son rôle d'éducateur.

Bien sûr le contexte de travail est encore source de difficultés mais un pas a

été franchi. Pratiquement, ce travail a facilité l'introduction de l'outil éducatif dans l'institution. En effet, habituellement, un document éducatif à l'usage des patients, une fois réalisé, était présenté lors d'une réunion d'infirmières chefs d'unités et envoyé au corps médical concerné. Cette fois, les intervenants ont choisi d'axer la présentation de l'outil sur son aspect "support à la relation" et cela à différents moments:

- lors d'une réunion d'infirmières chefs d'unités;
- lors d'une réunion dans les unités ayant participé à son élaboration;
- lors d'une journée de formation du personnel infirmier où le document a fait l'objet d'un exposé.

Enfin un écrit sur la manière d'utiliser l'outil éducatif a été distribué dans chaque unité de soins.

Le changement porte non seulement sur la manière de présenter le document mais également sur le nombre de personnes auquel il a été présenté.

En conclusion, il ressort que cette expérience de formation menée conjointement à la réalisation d'une brochure a suscité chez les participants à la fois une réflexion sur la relation éducative et un changement concret dans l'utilisation du support éducatif.

Ces résultats positifs nous encouragent à réitérer cette expérience pour d'autres équipes, avec d'autres outils. Affaire à suivre...

Véronique Nonet, Adjointe à la Direction de Nursing, Cliniques Universitaires de Mont-Godinne. ■

■ Quand santé rime avec interdisciplinarité Une expérimentation dans l'enseignement secondaire

Préliminaires

Pourquoi la santé?

Parce que la promotion de la santé est un objectif qui s'intègre dans un projet éducatif global, continu, du maternel au secondaire et que force est de constater qu'au secondaire, le sujet est rarement traité de façon efficace. Ce sujet permet également de rassembler en un "consensus" sans trop de difficultés, élèves, enseignants et parents. Viser l'acquisition de comportements

sains chez nos adolescents, tout en faisant réfléchir enseignants et parents, est un objectif rapidement partagé par tous (cf. "l'Ecole Ensantée", Croix-Rouge de Belgique, Service Education pour la Santé, Bruxelles, 1993).

Pourquoi en interdisciplinarité?

Une approche par discipline est forcément partielle, elle n'abordera la question de l'élève que sous un angle (ex. la diététique, la biologie,...); le plus sou-

vent, les problèmes seront étudiés dans le cadre standard du manuel ou du programme, ce qui correspondra rarement à la demande précise de l'élève.

Par contre l'approche interdisciplinaire nous semble capable de répondre de manière plus appropriée aux questions complexes telles: "Quelle alimentation dois-je privilégier à l'adolescence?". L'application du modèle interdisciplinaire (1) nous a permis d'expérimenter un mode d'enseignement beaucoup

plus actif où élèves et enseignants sont en recherche. Les réponses aux questions (c'est-à-dire les savoirs ainsi découverts) sont réellement appropriées à la demande. La consultation de spécialistes, la communication aux condisciples et aux parents des nouveaux savoirs sont des démarches qui favorisent nettement l'acquisition de compétences et d'autonomie accrue dans le domaine des apprentissages. En bref, cette démarche invite l'élève à devenir acteur de ses propres apprentissages.

Qui sont les promoteurs?

Paul Dendoncker, professeur d'éducation physique depuis 10 ans dans la même école. Titulaire d'une 4e Socio-Educative, il pratique l'interdisciplinarité à sa manière au travers des cours d'éducation physique et de biologie humaine. Cette année, il est détaché à temps plein pour le secteur Education physique. Il a participé à l'élaboration de l'axe "Education à la Santé" en éducation physique. Il assure pour le moment la promotion de la campagne "Défi-Santé" en Education physique.

Chantal Boudailliez-Delory, professeure de sciences, enseigne actuellement la chimie et la biologie en 5e et 6e et assure un mi-temps de coordination pédagogique.

Quel était le projet?

Expérimenter le modèle théorique concernant l'interdisciplinarité dans la réalité actuelle de leur école secondaire.

Qui étaient les destinataires?

Les élèves du deuxième degré de l'Institut de la Sainte-Union de Kain. Le centre scolaire de Kain comprend une école fondamentale maternelle et primaire et une école secondaire. L'école secondaire compte 540 élèves répartis dans l'enseignement général, technique et professionnel. Ce sont les 180 élèves du deuxième degré général (options scientifiques et sciences humaines), technique et professionnel (option hôtellerie-restauration) qui ont, durant un mois, vécu l'expérience d'un travail en interdisciplinarité.

Pourquoi avoir choisi les 14/15 ans?

Les raisons sont multiples:

- sans expérience vécue dans ce domaine, nous n'osions étendre le projet à un plus grand nombre d'élèves;

- au premier degré, les modifications concernant la certification par degré nous semblaient déjà apporter trop de changements pour oser tenter cette expérience;

- par contre, le travail au niveau des 3e et 4e présentait de multiples aspects attrayants:

- communication accrue entre des jeunes de filières très différentes;
- lien entre le "cycle inférieur" et le "cycle supérieur";
- collaboration entre régents et licenciés, entre professeurs de pratique et de cours généraux.

Des enseignants et des parents

L'efficacité au niveau de l'éducation à la santé implique la collaboration des parents et des enseignants; l'écoute, l'observation, l'encouragement, le soutien des adultes aident les adolescents à adopter des comportements sains.

Le travail proprement dit

Comment s'est-il déroulé?

1. Etude du contexte

Fin de l'année scolaire dernière, nous avons réalisé une enquête auprès des élèves de 2e et 3e années du secondaire. Repérer les représentations et les intérêts que ces futurs étudiants de 3e et 4e avaient au sujet de la santé était notre but. Nous avons également réalisé une enquête auprès des professeurs du 2e degré. Nous souhaitions connaître leurs motivations quant à la participation à un groupe de travail. Les résultats de ces deux enquêtes nous ont aidés à situer notre contexte.

2. Choix de la question

Un groupe de travail s'est constitué et, suite aux résultats de l'enquête menée auprès des jeunes, le groupe a décidé de la question: "Comment manger avec plaisir et de façon équilibrée à l'adolescence?".

La détermination de cette question par Chantal Boudailliez-Delory a été primordiale dans la réussite d'une approche interdisciplinaire. Elle comprenait non seulement un aspect concret: l'alimentation, mais aussi une ouverture sur l'aspect affectif, plus subjectif, ce qui ouvrait un champ de recherches beaucoup plus vaste.

Une question importante se posait à nous: "Comment mettre les profes-

seurs dans le coup?". Fin août, nous avons brièvement expliqué aux collègues les diverses étapes à franchir dans l'élaboration d'un projet interdisciplinaire. Ensemble, nous avons abordé le "cliché" (première étape du travail interdisciplinaire). A partir de ce moment nous avons été confrontés à une difficulté imprévue qui est de ne pouvoir rassembler régulièrement le même groupe de travail (manque de temps, autres engagements, etc.). Dès lors, nous avons été amenés à modifier notre plan de travail (voir plus loin).

Nous avons profité de la journée pédagogique fixée en septembre pour présenter à tous les professeurs l'état d'avancement du projet. Nous avons détaillé les principales étapes propres à l'interdisciplinarité: listes des acteurs, des normes, des enjeux, des tensions, des boîtes noires, des bifurcations, des spécialistes et des spécialités, etc. Nous avons communiqué le schéma d'organisation en 8 groupes d'élèves: les 3e Maths-Sciences-langues, les 3e Sciences sociales-Sciences, les 3e Socio-Educative, les 3e Hôtellerie-Restauration (idem pour les 4e). Dans chaque groupe, un professeur responsable a communiqué aux élèves les diverses "boîtes noires" susceptibles d'être ouvertes. Il a dû "négocier" avec les élèves le choix des boîtes noires à ouvrir, ainsi que le ou les spécialiste(s) à consulter. Ce professeur responsable a également assuré la communication aux autres collègues des décisions prises.

3. La clôture

Les travaux devaient impérativement se dérouler durant le mois d'octobre et se terminer le 26 du même mois. Dans l'école, la dernière semaine d'octobre a été appelée "Semaine Santé".

4. Le produit

Durant la "Semaine Santé", les élèves ont communiqué le plus efficacement possible la synthèse de leurs recherches et découvertes à leurs condisciples et à leurs parents (durée: environ 10 minutes par groupe). Le tableau ci-dessous reprend, par groupes, le choix des élèves, les disciplines enseignées dans le groupe par les professeurs participants, les techniques utilisées et la forme donnée à la communication lors de la "Semaine Santé".

Entraide

Naissance des Joueurs Anonymes

A côté de l'approche et des solutions médicales classiques vis-à-vis de la dépendance au jeu, il existe une autre forme de compréhension et de réponse à la même problématique de la «toxicomanie au jeu»: les Joueurs Anonymes.

Les Alcooliques Anonymes (A.A.) apportent une vision et une expérience d'affranchissement de la substance - ici l'alcool - d'une façon distincte et complémentaire à l'appareil des soins médicaux. Les Joueurs Anonymes offrent une même perspective alternative à celles des techniques médicales de libération de leur «substance»: le jeu.

L'Association du Pélican a déjà pu contribuer, dans un statut de soutien professionnel extérieur, à la mise en place en Belgique de deux mouvements anonymes: en 1987, les Narcotiques Anonymes (N.A.) et en 1988, les Emotifs Anonymes (E.A.).

Nous allons exposer ici comment le Pélican a pu développer une même contribution à la naissance toute récente des Joueurs Anonymes (J.A.) en Communauté française.

Historique et description élémentaire du jeu, des joueurs et des Joueurs anonymes

Dès les années 90, le Pélican avait noué des liens de voisinage positifs avec un premier groupe belge de joueurs dits anonymes.

Ceux-ci n'en avaient que le nom car en fait ils ne s'étaient jamais mis en relation ni n'avaient jamais reçu les patentes du mouvement international des joueurs anonymes, comme le firent les A.A., O.A., N.A. et E.A. belges au moment de leur naissance en Belgique et par rapport à leurs initiateurs américains et canadiens. Ceci explique sans doute la disparition regrettée de ce premier groupe d'entraide - non anonyme stricto sensu - de joueurs.

Il n'empêche, une situation et une communication s'étaient créées. En 1993 et en 1994, le Pélican reçut de nombreux appels téléphoniques de joueurs ou de leurs familles et plusieurs d'entre eux participèrent aux réunions du Pélican. Beaucoup rechutèrent, le destin de dépendants au jeu n'étant guère meilleur que celui de nombreux autres dépendants, que ce soit à l'alcool, ou à d'autres

drogues, et peut-être encore plus difficile vu la méconnaissance même de l'entité maladie du jeu comme jadis il en fut face à l'entité maladie alcoolique et aujourd'hui encore face à la maladie toxicomane.

En 1994, se dégagea au Pélican, durant les nombreuses semaines de sa participation aux réunions, la figure remarquable d'un de ces joueurs. Voici son témoignage de l'époque sur le Pélican.

«Nous ne trouverons pas au Pélican la complicité et la finesse d'une confrontation sur nos vécus de jeu, comme nous pourrions la trouver aux joueurs anonymes. Par contre, nous trouverons au Pélican la possibilité d'étendre et d'extrapoler à toute situation de vie et de dépendance la richesse d'enseignements réciproques de vie tels que nous aurions pu les apprendre aux J.A., s'ils avaient existé, et tels que je peux les imaginer au travers des récits des autres mouvements anonymes et notamment des Emotifs anonymes à une séance desquels j'ai assisté».

Nous avons alors aidé ce joueur abstinent de jeu et orienté vers lui, comme vers le Pélican à cette époque, à défaut de J.A. - de nombreux autres joueurs qui nous contactaient - tout en leur suggérant simultanément la fréquentation de services psychiatriques généraux, (ce n'est qu'à l'Hôpital Brugmann à notre connaissance et à ce jour, que l'on trouve une spécificité thérapeutique envers les problèmes de jeu).

Nous avons nous-mêmes été informé de l'existence d'un groupe de «Gamblers anonymes» ou Joueurs anonymes et des adresses de connexions à Paris par un membre du Pélican - non joueur - qui en avait vu l'annonce dans le «Monde Diplomatique».

C'est ainsi que nous avons obtenu une première littérature sur les J.A. et qu'en janvier 1995 - dans le cadre d'un programme de Conférences du Pélican sur une vision alternative et nouvelle de toute forme de dépendance - nous avons fait un exposé(1) sur «Jeu et Toxicomanie» où nous donnons une synthèse de l'approche médicale classique en même temps qu'une description du mouvement des «Joueurs anonymes»: leurs 12 étapes, et leurs 12 traditions.

En quelque sorte, et avant la lettre, c'était une première réunion d'information publique sur les Joueurs anonymes en Belgique francophone que nous te-

nions, à la façon dont ces séances d'information sont fréquemment organisées par les A.A. - ici mise sur pied à l'initiative d'un professionnel de la santé lui-même, mais aussi avec la coopération et le témoignage d'un joueur abstinent qui devait être à la source de la création du groupe des J.A..

Pour des raisons évidentes d'anonymat, nous ne reprendrons pas ici de témoignages de joueurs ayant fréquenté le Pélican. Voici par contre le portrait saisissant qu'en donne Stephan Zweig (2).

«Je l'invitai à déjeuner dans un petit restaurant; là le jeune inconnu me raconta l'histoire de sa tragique aventure. C'était l'entière confirmation de mon premier pressentiment, lorsque j'avais vu sur le tapis vert ses mains tremblantes et nerveusement agitées. Il descendait d'une famille de vieille noblesse de la Pologne autrichienne; il se destinait à la carrière diplomatique; il avait fait ses études à Vienne et un mois auparavant, il avait passé le premier de ses examens avec un succès extraordinaire. Pour fêter ce jour-là et en guise de récompense, son oncle, un officier supérieur de l'état-major, chez qui il habitait, l'avait emmené au Prater en fiacre, et ils étaient allés ensemble au champ de courses.

L'oncle fut heureux au jeu; il gagna trois fois de suite; lestés d'un gros paquet de billets de banque ainsi acquis, ils allèrent dîner ensuite dans un élégant restaurant. Le lendemain, pour son succès à l'examen, le futur diplomate reçut de son père une somme d'argent égale à la mensualité qu'on lui faisait; deux jours plus tôt, cette somme lui aurait semblé énorme, mais maintenant, après la facilité de ce gain, elle lui parut insignifiante et mesquine. Aussi, dès qu'il eut déjeuné, il retourna à l'hippodrome, parla passionnément et farouchement, et son bonheur (ou plutôt son malheur) voulut qu'il quittât le Prater après la dernière course, avec le triple de son argent.

Dès lors, la rage du jeu, tantôt aux courses, tantôt dans les cafés ou dans les clubs, s'empara de lui, dévorant son temps, ses études, ses nerfs et surtout ses ressources. Il n'était plus capable de penser, de dormir en paix et encore moins de se dominer; une fois, c'était la nuit, rentré du club où il avait tout perdu, il trouva en se déshabillant, un billet de banque oublié et tout froissé dans son gilet; ce fut plus fort que lui, il se rhabilla et rôda à droite et à gauche jusqu'à ce qu'il trou-

Module C
Comment parler de la santé avec des adolescents?

par Martine Bantuelle, directrice de l'asbl Educa-Santé et Axel Roucloux, consultant en éducation pour la santé et communication.

Objectif:
apporter une aide concrète aux intervenants qui souhaitent parler de la santé et/ou mener des actions de prévention avec des adolescents.

Contenu:
la formation amènera des réponses à des questions telles que :
- que signifie la santé pour les adolescents?
- comment aborder la santé dans sa globalité?
- comment aller à la rencontre des besoins et des attentes des jeunes?
- comment construire sa santé quand on est adolescent?
- etc.

Note méthodologique

Les méthodes pédagogiques sont actives et participatives. Elles s'appuient sur le vécu des participants. Il sera fait appel aux représentations que chacun a de sa propre santé et de la santé des adolescents.

Une approche souple et dynamique sera élaborée à partir de l'analyse des situations, des expériences et des difficultés rencontrées par les participants. La formation comprendra également la présentation et l'utilisation de nouveaux outils de communication interactifs (ex.: le module Sac Ados).

Calendrier

le mardi 07 mai 1996
le mardi 21 mai 1996
La formation aura lieu de 09 h 30 à 16h 30
Prix : 2.500 francs

Attention! Nombre de participants limité à 14. Une réduction de 25 % sera accordée aux étudiants et aux personnes sans emploi.

Module D
Le sida, ce n'est pas dangereux... d'en parler!

par Ingrid Dahlmann, éducatrice spécialisée, asbl Oxyjeune et Valérie Deflorenne, assistante sociale, asbl Oxyjeune.

Objectif:
initier les intervenants à une démarche qui amène les jeunes à prendre conscience de leur position d'acteurs responsables face au sida.

Contenu:
- présentation d'un module d'animation interactif, interdépendant et adaptable
- exercices pratiques d'apprentissage
- enrichissement de la démarche par l'apport des participants

Note méthodologique

Les participants sont mis en situation concrète d'apprentissage. Il sera largement fait appel aux expériences et aux compétences de chacun afin d'échanger des savoir-faire et les articuler au module présenté.

Calendrier

Deux sessions seront organisées.
Session 1 :
le mardi 19 mars 1996
le mardi 26 mars 1996
Session 2 :
le jeudi 18 avril 1996
le jeudi 25 avril 1996
La formation aura lieu de 09 h 00 à 12 h 00.
Prix : 1.000 FB
Attention! Nombre de participants limité à 15.
Une réduction de 25 % sera accordée aux étudiants et aux personnes sans emploi.

Module E
Accompagner l'allaitement maternel, de l'imaginaire à la réalité et à la pratique

par Cristilla Coussement, docteur en médecine, consultante et formatrice en allaitement maternel, en collaboration avec l'asbl Charleroi-Naissance.

Objectifs:

- s'adresser à tout professionnel en contact avec les futurs et les jeunes parents qui souhaite actualiser ses connaissances dans le domaine de l'allaitement maternel
- appliquer ces connaissances dans la pratique
- prendre conscience des attitudes qui aident réellement la mère et l'enfant à réussir leur allaitement

Contenu:

- les bases physiologiques, biologiques, anatomiques et psychologiques de l'allaitement
- les gestes pratiques et les informations à donner en périodes pré- et post-natales
- la place et l'attitude de l'aidant dans la relation d'allaitement maternel (écoute, conseil, etc.)

Calendrier

Le jeudi 25 avril 1996 et le vendredi 26 avril 1996
La formation aura lieu de 09 à 17 h.
Prix : 3.500 FB
Attention! Nombre de participants limité à 15.
Une réduction de 25 % sera accordée aux étudiants et aux personnes sans emploi.

Pour tout renseignement sur ces modules de formation: Karine Roisin ou Yves Dario, Educa-santé asbl, Bd Général Michel 1B, 6000 Charleroi, Tél. 071/33.02.29, Fax.: 071/31.82.11. ■

Un bon tuyau pour vos demandes de subvention

Jusqu'à présent, les demandes de subvention pour des programmes d'action et de recherche en éducation pour la santé parviennent à la Ministre-Présidente et à l'Administration tout au long de l'année. Cette situation a l'avantage de permettre d'étaler leur instruction par les instances compétentes; elle a aussi l'inconvénient de compliquer la gestion des ressources disponibles.

En effet, malgré la rapidité avec laquelle la Ministre accorde son feu vert à un projet, sur avis de l'Administration et de la Cellule Permanente Education pour la Santé, il peut arriver qu'une demande formulée à l'automne ne puisse plus être acceptée alors qu'il reste encore de l'argent à la Communauté française. Avouez que c'est bête!

Pour pallier cette difficulté, nous ne pouvons que vous conseiller d'introduire vos demandes éventuelles dans le courant du premier semestre 96, ou au plus tard avant la fin septembre.

Vous pouvez contacter Jean-Luc Noël (02/413.26.23), à l'Administration, pour plus de renseignements.

Classes et responsables	Choix des élèves	Disciplines concernées	Documents Spécialistes Descentes sur le terrain Enquêtes	Forme donnée à la communication
3A BOUSSON Section Sciences-Maths Langues	* Quel est l'impact de la publicité sur les habitudes alimentaires des ados? * Quel est le coût d'un petit déjeuner équilibré?	Français Sciences Maths	* Spécialiste consulté: créateur en communication visuelle * Recherche de documentation * Appel à des sponsors	* Une affiche publicitaire qui restera dans l'école et incitera les adolescents à manger équilibré.
4A CRETEUR Section Sciences-Maths-Langues	* L'équilibre alimentaire à l'adolescence: comment mieux s'alimenter?	Sciences Français Néerlandais	* Recherche et consultation de documents	* Présentation orale en s'aidant d'affiches réalisées par les élèves.
3CD GEENENS SECLEVE Sections Sciences sociales-langues Sciences sociales-sciences	* Pourquoi aller au Quick?	Sciences Sciences sociales Géographie Histoire Français Maths Néerlandais	* Recherche et consultation de documents * Visite au Quick * Enquêtes diverses	* Enquêtes diverses Reportage vidéo sur la visite * Affiches réalisées et commentées par les élèves
4CD CANFIN DECAT sections Sciences sociales-langues Sciences sociales-sciences	* Que manger à l'adolescence afin de mieux s'alimenter?	Sciences Sciences sociales Maths Français Néerlandais	* Spécialiste consulté: une diététicienne * Enquête sur l'alimentation des adolescents * Recherche et consultation de documents	* Présentation de huit menus réalisés par les élèves: 2 petits déjeuners 2 dîners 2 goûters 2 soupers ce que mangent les ados; ce que devraient manger les ados
3E MOL section Socio-éducative	* L'alimentation des ados et le sport * Que manger? * Quel(s) sport(s) pratiquer?	Français Sciences Biologie humaine Education physique Dessin	* Spécialistes consultés: médecin sportif et diététicienne * Recherche et consultation de documents	* Panneau très imagé reprenant les informations données par les spécialistes et les recherches sur documents
4E HUNT section Socio-éducative	* Le petit déjeuner est-il un repas important?	Sciences Biologie humaine Audiovisuel Français Anglais Néerlandais	* Spécialiste consulté: une diététicienne * Enquêtes: en français en anglais en néerlandais * Recherche et consultation de documents	* Organisation de 3 petits déjeuners * Lettre invitant les élèves à déjeuner * Lettre invitant les parents à la réunion du 28 octobre 1994 * Cassette audio sur le pain et le petit déjeuner * jeu du style "Famille en or" sur le thème du petit déjeuner équilibré
3HR GRIMONPREZ PAUWELS section Hôtellerie-Restaurant	* Le plaisir de la table: la présentation influence-t-elle l'alimentation des ados?	Français Néerlandais Cuisine Salle	* Spécialistes consultés: les chefs d'hôtellerie * Recherche et consultation de documents	* Tables dressées pour les petits déjeuners * Cocktail préparé et servi le 28/10/94 * Toasts préparés et servis le 28/10/94
4HR CHRISTIAENS KEYNGNAERT section Hôtellerie-Restaurant	* Le plaisir de la table en Europe: comment mangeaient les anciens?	Français Salle Cuisine	* Spécialistes consultés: les chefs d'hôtellerie * Recherche et consultation de documents	* Présentation de plats typiques européens * Réalisation d'un panneau didactique au sujet de l'alimentation à travers les âges

5. Les îlots de rationalité

Cette dernière étape rassemble le contenu intellectuel que l'on désire faire passer. Dans certains groupes, les îlots de rationalité ont été réalisés par un ou des professeurs. Dans les autres groupes, ils ont été effectués par les élèves, mais avec l'aide des enseignants. A titre d'exemple, voici l'"îlot de rationalité" produit par le groupe des 3e Sciences sociales-Sciences en réponse à la question: "Pourquoi aller au Quick?".

Voici ce que nous, élèves de 3e Sciences Sociales-Sciences, avons appris lors du travail au sujet de la Santé: "Les fast-food sont des établissements à restauration rapide que fréquentent à notre époque beaucoup d'adolescents. Y manger sans perdre de temps et de façon décontractée les attire (cours de Sciences sociales et de Géographie). Une publicité alléchante, un service rapide, le goût particulier des aliments, les conditions d'hygiène nous font oublier que les plats servis manquent parfois d'équilibre et souvent de variété (cours de Sciences). Il est vrai que les fast-foods ont pris dans notre société une importance croissante (cours de Sciences Sociales). Nos grands-parents avaient des habitudes alimentaires différentes des nôtres (cours d'Histoire). "Big Mac met een portie friet zijn genoeg om de honger te stillen, maar..." (cours de Néerlandais).

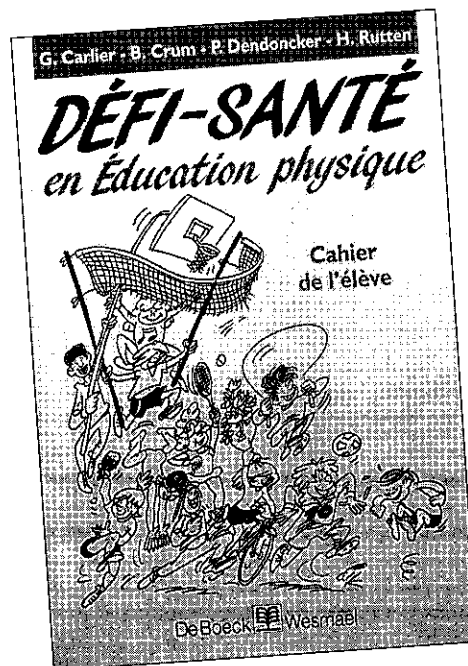
Aidés d'une cassette vidéo, de photos et de panneaux didactiques, nous avons communiqué notre nouveau savoir à nos parents et aux élèves des autres classes (cours de Français). En fréquentant le Quick occasionnellement et en y dégustant des menus judicieusement choisis, nous mangerons avec plaisir et de façon équilibrée!" (Les 3e D)

Les difficultés rencontrées

Quelles sont les difficultés prévisibles?

Ayant déjà expérimenté le travail interdisciplinaire, mais de façon plus modeste, nous avons déjà repéré certaines résistances :

- liées à la conception de l'enseignement et de son histoire:
 - conception hiérarchique des branches;
 - conception mono-disciplinaire d'un enseignement de qualité et de sérieux scientifique;
 - programmes des cours rarement interdisciplinaires;
- liées à la formation des enseignants:
 - pas de formation initiale dans le domaine de l'interdisciplinarité;
 - formation spécialisée dans le contenu d'une discipline, mais bagage pédagogique insuffisant, ne permettant pas de sortir des sentiers battus;
- liées à l'organisation des écoles
 - titres requis pour des enseignements exclusifs;
 - attributions aléatoires et très changeantes sans respect réel d'un projet éducatif;
 - pas ou peu de temps pour un travail d'équipe;
- liées au contexte actuel:
 - réaffectations venant perturber les équipes pédagogiques;
 - difficulté de motiver des enseignants à qui l'on demande de faire "plus" avec "moins".



Quels obstacles supplémentaires avons-nous rencontrés?

A côté des difficultés prévues, nous avons été confrontés à des difficultés supplémentaires, plus particulièrement à:

L'instabilité de notre groupe de travail

Nous aurions souhaité travailler avec un groupe défini. Le manque de temps et de disponibilité des enseignants nous a confrontés à des groupes chaque fois différents. Dans ces conditions, pas moyen de réaliser un travail cohérent. Nous avons dès lors été amenés à modifier notre premier projet de démarche et nous avons réalisé nous-mêmes tout le travail d'analyse (faire les listes d'acteurs,...). La présentation s'est faite dans le cadre de la réunion pédagogique. Il faut préciser que ce travail préalable ne requiert pas de choix; le choix des "boîtes noires" à ouvrir était à "négocier" par les professeurs et les élèves.

La communication

La communication des informations entre responsables du projet et collègues ou bien entre professeurs et élèves ou encore entre responsables et élèves nous semblait primordiale. C'est pourquoi le suivi permanent a été assuré par Ch. Boudailliez-Delory. Ce travail de coordination était essentiel pour la réussite du projet, il consista entre autres en:

- l'affichage continu de renseignements aux valves des élèves et sur un panneau d'affichage spécial situé à la salle des professeurs;
- la tenue à jour, au local des professeurs, d'une fardes "interdisciplinarité" rassemblant toutes les informations utiles;
- l'affichage des ordres du jour et comptes rendus des diverses réunions;
- l'organisation de mini-réunions entre professeurs et promoteurs;
- la constitution d'une banque de documents relatifs à la santé des ados;
- les contacts individuels durant les heures creuses et le temps de midi;
- l'organisation des modifications d'horaires; etc..

Le pôle formation d'Educa-Santé

Fondée en 1980, l'asbl Educa-santé coordonne et développe des programmes de prévention et de santé communautaire.

Forte de ses quinze années d'expérience dans le secteur de l'Education et de la Promotion de la santé, Educa-santé a aujourd'hui décidé de créer un pôle "Formation".

Les cinq modules de formation proposés sont destinés à tout intervenant cherchant une aide concrète pour augmenter l'efficacité de ses actions préventives et éducatives.

Pendant ces modules, il s'agira d'effectuer un parcours fait d'allers et retours successifs entre la pratique et la théorie.

Module A La communication en trois dimensions

Dimension 1:

la communication interpersonnelle, par Axel Roucloux, consultant en éducation pour la santé et en communication.

Objectif:

apprendre à mieux communiquer en favorisant ses points forts et en déjouant les freins de la non-communication.

Contenu:

les concepts de base de la communication, du cadre de référence, de la méta-communication et de la transaction.

Dimension 2:

la communication raisonnée, par Jean-Paul Flament, directeur de l'asbl Groupe d'Appui aux Projets.

Objectif:

mobiliser les participants sur leurs objectifs d'évaluation personnels et professionnels.

Contenu:

les principes et les règles de la communication interpersonnelle en situation professionnelle, l'analyse du contexte et des étapes d'un processus de communication interpersonnelle dans un cadre professionnel.

Dimension 3:

la communication médiatique, par Philippe Mouchet, licencié en communication appliquée et consultant en communication.

Objectif:

être capable d'utiliser des moyens efficaces pour toucher un public cible.

Contenu:

l'utilisation de l'affiche comme moyen de sensibilisation, le décodage des mécanismes de construction d'une affiche, les moyens et les méthodes pour créer ses propres messages et outils de communication.

Note méthodologique

Les méthodes pédagogiques utilisées sont actives et participatives. Elles s'appuient sur des techniques d'implication, de créativité et de production en groupe.

Il sera également fait appel à l'expérience et au vécu des participants à partir desquels seront mis en évidence les principes et les outils de communication.

En fonction des intérêts et des demandes des participants, un atelier d'application de chacune des trois dimensions sera animé par les formateurs.

Calendrier

Dimension 1: le samedi 02 mars 1996
Dimension 2: le samedi 16 mars 1996
Dimension 3: le samedi 23 mars 1996
Atelier d'application: le samedi 30 mars 1996

La formation aura lieu de 09 h 30 à 17 h.

Prix: 8.000 FB

Attention! Nombre de participants limité à 15.

Une réduction de 25 % sera accordée aux étudiants et aux personnes sans emploi.

Module B Qualité de vie et bien-être... de la théorie à la pratique

par Martine Bantuelle, directrice de l'asbl Educa-santé, Jean-Paul Flament, directeur de l'asbl Groupe d'Appui

aux Projets, Axel Roucloux, consultant en Éducation pour la santé et communication.

Objectifs:

apporter une aide concrète aux personnes qui réalisent des actions de prévention et qui se posent des questions quant à leur efficacité; permettre à chaque participant d'aller plus loin dans son projet, sa réflexion, sa mission,...

Contenu:

- les limites d'une intervention en Éducation pour la santé
- la place de la démarche éducative en Promotion de la santé
- les cadres et les protections à mettre en place lors d'une intervention «santé»
- les avantages et les limites du travail en partenariat et en réseau
- l'élaboration de son propre modèle de santé
- l'auto-apprentissage ou les moyens de tirer profit de ses expériences
- les connotations positives et négatives de l'évaluation
- les sept questions préalables à tout travail d'évaluation

Note méthodologique

Les modèles théoriques seront confrontés à l'analyse et au décodage des expériences vécues par les participants.

Dans une perspective de réappropriation, des outils interactifs, des mises en situation, des techniques de créativité seront utilisés.

Calendrier

Concepts, méthodes et récolte des informations: le lundi 11 mars 1996
Planification et partenariat, réseau: le lundi 18 mars 1996

Auto-apprentissage, évaluation & perspectives d'application: le lundi 25 mars 1996

La formation aura lieu de 09 h 30 à 16 h 30

Prix: 3.500 FB

Attention! Nombre de participants limité à 15.

Une réduction de 25 % sera accordée aux étudiants et aux personnes sans emploi.

Les participants

Les participants ont été recrutés dans 10 maisons de repos de la région gantoise. Sur la base d'un certain nombre de critères d'inclusion et d'exclusion, des médecins généralistes ont examiné en concertation avec les infirmiers des maisons de repos lesquels de leurs patients pouvaient être concernés par cette enquête. Les pensionnaires souffrant de sérieux problèmes psychiques ou physiques, les déments profonds et les pensionnaires venant de subir un traumatisme furent exclus. Les patients ont accepté de collaborer à l'enquête en donnant un «informed consent».

Au départ, tous les participants se sont vus prescrire la même benzodiazépine. Après avoir rassemblé un certain nombre de données de base, les pensionnaires de chaque maison de repos ont été répartis de façon aléatoire en deux groupes. Le groupe expérimental a fait l'objet d'un programme de suppression progressive, la dose étant réduite à zéro sur une période de 5 semaines grâce à un placebo. Les pensionnaires du groupe de contrôle ont continué à prendre leur benzodiazépine.

Le recours au placebo dans le groupe expérimental était nécessaire pour garantir la validité de l'enquête (technique du double aveugle). En effet, ni les médecins et infirmiers de la maison de repos, ni les sondeurs et enquêteurs, ni les pensionnaires ne pouvaient savoir de quel groupe ils faisaient partie.

55 pensionnaires ont été répartis au hasard entre le groupe expérimental (27 pensionnaires) et le groupe de contrôle (28 pensionnaires). Il s'agissait de 10 hommes et de 45 femmes. Age moyen: 84 ans. La dose moyenne journalière de benzodiazépine était de 1,5 mg lorazepam.

Suivi des participants

Durant le programme de suppression progressive, un interviewer a posé chaque semaine des questions sur les phénomènes de sevrage en utilisant un questionnaire standardisé.

L'évolution chez les pensionnaires qui passent progressivement au placebo s'est avérée similaire à celle des pensionnaires qui continuaient à prendre des benzodiazépines. En d'autres mots, aucun phénomène de sevrage n'a été

constaté dans le cadre du programme de suppression progressive.

Chaque semaine, le pensionnaire était aussi questionné sur la façon dont il estimait avoir dormi. Les pensionnaires qui étaient passés au placebo ont déclaré avoir moins bien dormi pendant la période de suppression. Toutefois, à plus long terme, la qualité subjective de leur sommeil s'est normalisée et l'évolution du groupe à placebo ne différait plus de celle du groupe à benzodiazépine.

Le fonctionnement journalier du pensionnaire a été suivi respectivement 6 mois et 1 an après la fin de la phase de suppression sur la base de l'échelle d'observation du comportement en gériatrie (Gorissen 1985). Chaque pensionnaire a été observé pendant une semaine par deux infirmiers qui avaient des contacts journaliers avec lui. Des données concernant toute la période de suivi d'un an ont été récoltées pour 15 consommateurs de placebo et 18 consommateurs de benzodiazépine. Les autres pensionnaires avaient entre-temps arrêté de prendre les médicaments, étaient décédés ou n'étaient pas présents dans la maison de repos au moment de l'observation (hospitalisés ou en vacances).

Résultats

Six mois après la suppression, les pensionnaires qui étaient passés au placebo fonctionnaient mieux qu'en début d'enquête. Par contre, les pensionnaires qui prenaient toujours des benzodiazépines allaient moins bien.

Un an après la suppression, les consommateurs de placebo fonctionnaient toujours mieux que ceux qui avaient pris des benzodiazépines. La différence était surtout observable sur le plan mental: les personnes passées au placebo étaient moins confuses, souffraient moins de troubles de la mémoire, etc. L'état émotionnel et social s'améliorait également. Dans le groupe consommant des benzodiazépines, l'autonomie se détériorait plus rapidement que dans le groupe placebo. L'évaluation des médecins généralistes au sujet de leurs patients-participants confirmait les constatations des infirmiers. D'après leur médecin, l'état de 35 % des consommateurs de benzodiazépines contre 14 % des consommateurs de placebo s'était détérioré après

1 an, par rapport à la période où l'enquête avait démarré.

Quelles conclusions peuvent être tirées de cette étude ? La principale constatation est que les pensionnaires de maisons de repos chez qui les benzodiazépines sont progressivement remplacées par des placebos et qui prennent toujours un placebo après 1 an, fonctionnent sensiblement mieux que les pensionnaires qui continuent à prendre des benzodiazépines.

Par ailleurs, le schéma de réduction progressive sur 5 semaines n'a pas permis de constater de gros problèmes de sevrage dans le groupe expérimental. Une détérioration de la qualité du sommeil a bien été constatée mais elle n'était que passagère. Chez quelques pensionnaires - tant placebo que benzodiazépine - l'expérience a été arrêtée précisément en raison de ces troubles du sommeil. On peut se demander si ces pensionnaires auraient tenu le cap s'ils avaient bénéficié d'une aide supplémentaire pour remédier à leurs plaintes.

Actuellement, le projet Farmaka prépare une nouvelle étude. Groupe-cible: les patients d'un certain nombre de médecins généralistes de la région gantoise. Cette étude tend à vérifier si, en motivant les patients à supprimer progressivement la benzodiazépine et en proposant un accompagnement pendant cette période, le pourcentage de patients qui réussit à ne plus prendre de benzodiazépine peut augmenter.

Un autre problème qui se pose à la fin de l'enquête est l'arrêt du placebo. Une étude expérimentale a en effet démontré qu'un certain nombre de personnes âgées ne réussissaient pas à franchir ce cap à moins d'être l'objet d'un accompagnement spécifique. Cette constatation renvoie au problème de la "pilule rituelle" chez la personne âgée.

Hilde Habraken, Farmaka

Bibliographie

GORISSEN J.P. (1985) Gedragsobservatieschaal - Geriatrie (GOS-G). Manuscrit non publié, Centre Psychiatrique St Amadeus, Mortsel.

Fiches de transparence: Hypnosédatifs et anxiolytiques (1993). Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement, Bruxelles.

Extrait de *GO Nieuws* n° 55, mars 1995.

La réalisation des ilots de rationalité

Cette étape du travail interdisciplinaire est très complexe. Dans certaines classes de 3e et 4e, il a été absolument impossible de mener ce travail avec les élèves. Par contre, dans d'autres classes, avec l'aide indispensable des professeurs, les élèves ont produit la synthèse du travail réalisé.

Les résultats du travail

Les limites de cet article ne permettent pas de refléter en totalité l'ampleur de l'enthousiasme vécu durant ce mois. En effet, vu que nous avions pris comme base les préoccupations des élèves, ceux-ci ne pouvaient qu'être motivés par les sujets. Dans la plupart des cas, ils étaient les moteurs de l'apprentissage.

Quels ont été les moments forts ?

Le petit déjeuner conçu par le groupe de 4e Socio-Educative pour les élèves du primaire et du secondaire. Une lettre émanant de la classe a convié l'école entière à participer à un repas matinal. Les élèves de 3e Restauration ont dressé les tables; les élèves de 4e Hôtellerie ont servi les boissons; les élèves de 3e Maths-Sciences ont calculé le coût de ce repas et ont perçu la modique somme réclamée afin de rentrer dans les frais. Une élève de 4e a pris la parole pour expliquer à tous les participants l'importance du petit déjeuner et le rôle joué par chaque catégorie d'aliments (cette communication a d'ailleurs fait l'objet d'une retransmission à la télévision locale).

L'après-midi a été l'occasion pour chaque groupe de faire part aux autres garçons et filles du second degré, des enseignements issus d'un mois de recherche. Les huit groupes, soit 180 élèves, ont, par l'intermédiaire de quelques porte-parole, rivalisé d'originalité et d'audace. Nous citerons au hasard l'intervention des élèves d'Hôtellerie et de Restauration, fiers d'expliquer aux étudiants de la filière générale en quoi la présentation des plats peut influencer le comportement alimentaire des adolescents.

Nous revoyons encore les 3e Sciences-Maths brandir une grande affiche publicitaire incitant les ados à manger équilibré. Choix des couleurs, choix des termes, choix des motifs: tout était justifié!

Face aux quatre repas quotidiens consommés d'ordinaire par nos élèves, les 4e Sciences sociales-Sciences ont montré à tous et ont analysé quatre autres repas mieux équilibrés et beaucoup plus variés.

Un jeu du style "Famille en or", ayant pour thème le premier repas de la journée, a été proposé par les 4e Socio-Educative. Il a permis de relâcher l'atmosphère parfois un peu tendue. En effet, à 14 ou 15 ans, s'exprimer devant une assemblée aussi nombreuse n'est pas chose aisée. Nos élèves, aidés par leurs professeurs, l'ont réussi de belle manière.

Lors de la réunion de parents le vendredi 28 octobre, les parents des élèves du second degré, les professeurs, les membres de l'Association de parents et les membres du Pouvoir Organisateur se sont réunis pour assister aux exposés passionnants des jeunes qui maîtrisaient parfaitement leur sujet. Le contenu concret, la présentation variée et personnalisée impressionnèrent les auditeurs. Moment d'émotion et d'intérêt pour les parents, moment de fierté pour les élèves, moment privilégié pour les professeurs qui rencontraient les parents dans une situation qui concrétisait l'indispensable collaboration d'un travail éducatif.

Que déduire des évaluations ?

Des formulaires d'évaluation ont été adressés aux professeurs, aux élèves et, par l'intermédiaire de ces derniers, aux parents.

Les élèves ont aimé ce type de travail surtout parce qu'il fait réfléchir, parce qu'il rapproche les élèves des professeurs, parce qu'il permet d'apprendre de façon inhabituelle et de s'exprimer. La moitié d'entre eux disent avoir modifié leur comportement alimentaire.

Les parents ont apprécié la forme originale de la réunion de parents. Certains ont modifié l'organisation de leurs repas.

Les enseignants ont trouvé l'expérience très positive surtout parce que:

- ce type de démarche leur permet aussi de découvrir de nouvelles notions;
- elle favorise les relations avec les élèves et les collègues. Tous les professeurs ayant participé au projet sont prêts à s'investir dans un projet similaire dès l'an prochain.

Que conclure ?

Si le succès remporté par cette expérience pédagogique peut s'expliquer en partie par l'aspect inhabituel qui permet de rompre avec la routine d'un horaire stéréotypé, il faut souligner la logique d'une méthode rigoureuse qui permet de partir des préoccupations réelles des élèves et de construire avec eux des savoirs consistants et appropriés. La démarche va dans le sens "d'apprendre à apprendre" plutôt que de transmettre des savoirs. L'exercice final de communication requiert de la part des élèves un nombre important de compétences. La vraie question reste cependant la place que doit prendre le travail interdisciplinaire par rapport au travail disciplinaire dans l'enseignement secondaire. La réponse se trouve dans les finalités et objectifs que veut réellement poursuivre l'enseignement secondaire aujourd'hui.

Avant de terminer, nous tenons à exprimer ici nos plus vifs remerciements à la Direction et aux Professeurs de notre école pour leur collaboration et pour la confiance qu'ils nous ont accordée.

Chantal Boudailliez-Delory et Paul Dendoncker.

Pour de plus amples renseignements: Chantal Boudailliez-Delory, Paul Dendoncker, Institut de la Sainte-Union, rue Montgomery 71, 7540 Kain
Article déjà paru dans "Le Courrier du Cethes", n° 27, mai 1995

(1) Cf. "Un modèle pour un travail interdisciplinaire" par Gérard Fourez, Philippe Mathy, Véronique Englebert-Lecomte dans la Revue ASTER n° 17, Institut National de Recherche Pédagogique Paris 1993. Ou encore le chapitre V "Un modèle pour du travail interdisciplinaire" dans G. FOUREZ, *Alphabétisation Scientifique et technique, Essai sur les finalités de l'enseignement des sciences*, De Boeck Université, Bruxelles 1994.

■ Approche communautaire

La Commission Locale de Coordination (CLC) de Liège, qui couvre le territoire de l'arrondissement de Liège, soit une population d'environ 500.000 personnes, est gérée depuis 1989 par la FARES (Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Éducation à la Santé).

Les responsables des CLC, comme leurs collègues des autres services agréés de la Communauté française, font intervenir dans leur pratique quotidienne la notion d' "approche communautaire".

En Communauté française, cette notion de «communautaire» recouvre deux concepts distincts, soit le développement d'un même programme au travers de projets mis en place en différents lieux du territoire de la Communauté française de Belgique («localement»), soit l'utilisation d'une même stratégie (l'approche communautaire) pour développer des projets différents.

1. Le développement au niveau local d'un programme communautaire

Dans ce cas, généralement, les concepteurs d'un programme de promotion ou d'éducation pour la santé souhaitent que celui-ci soit développé sur l'ensemble du territoire de la Communauté française au travers de projets mis en place localement. Pour ce faire, il est possible qu'ils s'adressent aux CLC en tant que catalyseurs, coanimateurs ou coordonnateurs locaux de ces projets.

En effet, la connaissance que les CLC possèdent du terrain local leur permet de cibler les relais susceptibles d'être intéressés par ce type de programme. Dans un premier temps, les CLC peuvent donc assurer la diffusion des informations concernant celui-ci.

Si des relais situés sur le territoire de la CLC décident de participer au programme et donc de le développer localement, la CLC peut s'impliquer dans celui-ci à différents niveaux. Soit elle peut aider à la mise en place du projet; soit elle peut en assurer la coanimation; soit encore, elle peut en assurer la coordination. Ces différents degrés d'implication ont été décrits dans l'article intitulé «Mais que font donc les CLC?» («Education Santé n°101, pp 3-4»)

Grâce à la participation de ces relais locaux, le même programme pourra alors s'implanter en un nombre important de lieux de la Communauté française.

Des exemples de programmes communautaires développés au niveau local ont déjà été présentés à de nombreuses reprises dans la revue «Education Santé».

Nous ne citerons que les principaux: «RAS» sur la prévention des accidents domestiques, «Je mange bien à l'école» sur l'amélioration de l'environnement nutritionnel en milieu scolaire, «Provac» sur la promotion de la vaccination...

2. L'approche communautaire pour le développement d'un projet local

Pour correspondre à cette approche, le projet doit posséder certaines caractéristiques qu'on peut résumer en 4 points:

1. Le projet doit prendre place au sein d'une communauté (un quartier, une école, une entreprise...).

2. Le projet doit être conçu par la communauté qu'il vise et non pas pour la communauté qu'il vise par des personnes qui y sont extérieures. Autrement dit, «les membres de la communauté (géographique, sociale...) ont réfléchi ensemble (éventuellement avec l'aide de partenaires extérieurs) sur leurs problèmes de santé et ont défini leurs besoins prioritaires».

3. Le projet doit s'intéresser autant à l'individu qu'au milieu dans lequel il vit; les solutions proposées doivent permettre d'envisager les problèmes dans leur globalité.

4. Le projet doit faire appel à la participation active de tous pour la mise en place et le déroulement des activités qui auront été définies comme étant les plus aptes à répondre à ces priorités.

Pour concrétiser ces notions, utilisons un exemple. Nous allons le scinder en différents points pour plus de clarté mais dans la réalité ces points sont étroitement imbriqués.

Quelques professeurs, des élèves et la direction d'une école de l'enseignement supérieur ont identifié comme prioritaire la lutte contre le tabagisme au sein de leur établissement. Des stratégies sont conçues et mises en place par ce groupe «promoteur» pour impliquer l'ensemble des secteurs de cette école dans l'analyse, la construction et la réalisation d'un projet d'une école sans tabac. Pour ce faire, le groupe promoteur a sollicité les conseils méthodologiques de la CLC locale, l'Oeuvre Belge du Cancer...

Ces premiers éléments viennent illustrer: le point 1: le projet va prendre place au sein d'une communauté (une école)

le point 2: ce sont les membres de la communauté (les professeurs, les élèves, la direction) qui sont à l'origine du projet et qui identifient un besoin prioritaire (la lutte contre le tabagisme) avec l'aide de partenaires extérieurs.

Différentes pistes à développer sont listées pour traiter les aspects du problème: stratégies individuelles (courrier à chacun) et collectives d'informations sur les changements à venir, aménagement de lieux réservés aux fumeurs clairement identifiés, réflexions sur l'amélioration des relations entre fumeurs et non-fumeurs, et le respect des règles en vigueur, sensibilisations aux méfaits du tabac et messages positifs de santé, lutte contre le stress, etc.

La suite de notre exemple aborde:

le point 3: on y définit des activités relatives au milieu (aménagement de lieux, informations collectives...) et aux individus (informations personnelles, sensibilisations); on veille à aborder des aspects de savoir (sensibilisations aux méfaits du tabac...), de savoir-être (amélioration des relations fumeurs, non-fumeurs...), de savoir faire; on développe des activités collectives ou individuelles...

Des activités prises en charge par des groupes de travail rassemblant les différents partenaires de la communauté (professeurs, étudiants, direction, personnel pédagogique, personnel d'entretien...) permettent la réalisation des objectifs définis. Pour mener à bien ces activités, les ressources des services de la structure en éducation pour la santé (ex: la section de lutte contre le tabagisme de la FARES, ...) seront sollicitées.

Ces aspects quant à eux correspondent au point 4: la participation active de tous les «secteurs» constituant la communauté (professeurs, étudiants, direction, personnel pédagogique, personnel d'entretien...) pour la réalisation du projet.

La CLC peut être sollicitée, dès le départ, par les promoteurs de ce type de projet pour apporter un conseil méthodologique lors de la conception de celui-ci (aide à la mise en place du projet); elles peuvent également être sollicitées pour faciliter la réalisation de celui-ci (apport de matériel pédagogique, de documents pour les activités prévues) ou y devenir un partenaire à part entière (coanimation de groupes de travail...).

Des projets de ce type sont ambitieux car ils supposent une approche intersectorielle, ils exigent la participation et la contribution de chaque individu au projet commun, ils sont porteurs de réelles possibilités de changements.

Ils nécessitent du temps mais cela est bien nécessaire car «si on souhaite qu'un projet marche, il est inutile de courir».

Commission Locale de Coordination de Liège

■ Formation d'animateurs-relais-santé

Promotion de la santé en milieux populaires à Liège

Depuis 1984, la Ligue des Familles régionale a développé dans l'agglomération liégeoise un projet original: une formation d'animateurs-relais-santé de quartier en milieux populaires. La formule de départ a connu plusieurs évolutions pour en arriver à sa forme actuelle. La formation se déroule actuellement en deux étapes d'un an chacune: une première étape (prise de conscience individuelle) sous forme de modules à thème, une seconde étape (ouverture sur la vie associative) sous forme de formation continue. Le cycle de formation est décentralisé et organisé dans le quartier concerné.

Les objectifs

Un des objectifs de la formation est "de faire prendre conscience aux participants (personnes issues de milieux populaires) qu'ils peuvent devenir des agents de changements, responsables, autonomes, actifs et solidaires pour eux-mêmes, leur entourage, et leur environnement social". La formation vise à rendre les personnes aptes à toucher leurs proches et leur entourage pour qu'ensemble, ils cernent les besoins et les demandes de chacun, prennent des décisions et mènent des actions touchant leur vie individuelle et collective.

L'originalité de la formation

L'originalité de la formation est liée à la présence et à la conjugaison de quatre facteurs:

- le public visé: les milieux populaires;
- le lieu d'implantation: les quartiers;
- la composition de l'équipe responsable de la formation: des non-professionnels de la santé;
- la méthode de travail proposée: participative, active, inductive et expérimentale.

Le public visé

Du point de vue économique, il dispose de peu voire très peu de revenus. Il utilise ses ressources financières au plus utile, au plus urgent.

Du point de vue social, il se caractérise par une scolarité limitée.

Du point de vue culturel, on peut parler de culture de "l'utile, l'immédiat, le concret".

Lors de la formation, les formateurs repartent de cette réalité économique, sociale et culturelle. Ils tiennent compte des besoins et des attentes des participants ainsi que de leur façon de les penser, de les vivre et de les exprimer.

L'implantation dans le quartier

Le quartier peut être considéré comme le premier niveau d'intégration sociale.

La décentralisation des formations permet d'aller vers les personnes, là où

elles vivent. L'engagement des participants dans des actions locales se fait donc plus facilement et plus efficacement.

L'équipe

Elle est composée de deux assistantes sociales et d'une institutrice. La réflexion, le travail de recherche, d'analyse... se fait sans l'intervention de "spécialistes".

Le travail ne s'effectue pas pour autant en opposition avec celui réalisé par le monde médical ou paramédical mais il se situe avant son intervention dans une perspective préventive et moins dépendante à son égard.

La méthode de travail

Elle met l'accent sur la pratique. Elle utilise des exercices structurés, des mises en situation, des jeux de rôle. Elle favorise l'expression de chacun. Chaque participant conclut également des contrats hebdomadaires lui permettant de réaliser que des changements sont possibles à moindre coût matériel et humain en vue d'une meilleure santé.

Les témoignages des participants à différents cycles de formation constituent un réel encouragement pour l'équipe. Ils permettent de penser que cette initiative correspond à un réel besoin et à toutes les raisons de se poursuivre.

Carine Lafontaine, CLC de Liège ■

■ Somnifères et maison de repos

Le Projet Farmaka (Gent) a publié récemment les résultats d'une enquête consacrée à la suppression progressive de benzodiazépines chez des personnes âgées hébergées en maison de repos. Cette recherche a été réalisée avec l'aide de la Communauté flamande.

Les benzodiazépines sont les somnifères et les calmants les plus fréquemment prescrits (quelques marques très connues: Lexotan, Seresta, Temesta, Valium). Il résulte d'une enquête du Projet Farmaka que 18,7 % de la population adulte de la province de Flandre orientale consomment des benzodiazépines.

Dans la moitié des cas, il s'agit d'une consommation journalière sur une longue période d'en moyenne 9 ans. Or, il est généralement conseillé de limiter dans le temps la consommation de benzodiazépines (fiches de transparence 1993).

En outre, il s'avère que 64 % des consommateurs assidus ont plus de 60 ans malgré le peu d'informations scientifiques dont les prescripteurs disposent concernant les effets des benzodiazépines chez les personnes âgées.

L'enquête visait essentiellement à mesurer l'effet d'une suppression progressive de benzodiazépines sur le compor-

tement des pensionnaires des maisons de repos. L'hypothèse était que les personnes âgées qui arrêtaient de prendre des benzodiazépines "fonctionnent" mieux à moyen et à long terme que celles qui continuent à en prendre. En outre, l'enquête visait à décrire le programme de sevrage: y a-t-il des phénomènes de sevrage et y a-t-il une altération de la qualité du sommeil?

L'ensemble de ces informations servira entre autres à étayer un prochain projet de Farmaka à savoir un programme de suppression progressive de benzodiazépines chez les patients de médecins généralistes.

Des ateliers pour être moins seuls

Le Centre louviérois de Promotion Conjugale et Familiale propose des «Ateliers Solitude».

Leur défi? Permettre aux participants de réfléchir à leur sentiment de solitude et les aider à prendre des dispositions qui rendront la vie plus «peuplée».

Les «Ateliers solitude» sont nés d'un constat: au cours des consultations juridiques, sociales ou médicales, de nombreux visiteurs évoquaient un sentiment pesant de solitude.

Une psychologue et une assistante sociale se sont dès lors mises à plancher sur un projet susceptible de venir en aide à un public souffrant de solitude. Assez rapidement, la formule d'entretiens individuels a été écartée. «Travailler d'entrée de jeu en groupe, c'est partir d'emblée de relations plurielles, justement l'objectif recherché, explique Giulia Galluzzo, assistante sociale au C.P.C.F.».

Comment cependant garantir que fonctionne un groupe constitué de personnes provenant d'horizons divers? Leur dénominateur commun, à savoir un sentiment de solitude, suffit-il?

«Le groupe fonctionne parce que les participants s'engagent à l'écoute bienveillante d'autrui, et à la discrétion. La connivence s'installe rapidement», assure Giulia Galluzzo.

Six pas vers l'autre

Les Ateliers proposent une réflexion et une gestion de la solitude en six étapes. Rien ici d'une recette qui aboutirait à coup sûr à se confectionner, en quelques semaines, un nouveau tissu de relations. Il s'agit plutôt de trouver des clés pour ouvrir les portes qui séparent des autres. A chacun de profiter du processus pour oser sortir de soi et de chez soi!

Au programme de la première séance: promesse de respecter un contrat. On s'engage à assister au processus complet de l'atelier, à faire son possible pour partager, dans la tolérance, le vécu des autres. L'exploration des motivations de la démarche est aussi visée par ce premier Atelier, mais nulle obligation de dévoiler quoi que ce soit!

Étape suivante: cerner les causes de la solitude, les événements qui ont conduit à se sentir seul (e). L'occasion de se demander si on ne reproduit pas, à certains moments, un «modèle familial».

Jeanine: «La solitude n'est sûrement pas une petite voiture!»

Jeanine a participé aux premiers «Ateliers Solitude» du Centre de Promotion Conjugale et Familiale de La Louvière. A ce jour, elle vit toujours seule. Mais moins seule. Mieux. Rencontre et récit.

«Mon divorce m'a laissée dans une grande solitude. Apprenant l'existence des Ateliers, j'ai eu envie d'y participer. Pour voir d'autres personnes, les entendre parler de leur solitude, savoir comment elles faisaient, jusqu'à quel point elles réussissaient à s'en tirer. Durant toute ma vie en couple, le bien-être de la famille a été la priorité. Mes enfants, mon mari sortaient. Je préférais rester à la maison. Pour repasser. Pour les attendre. Avec le recul et la prise de distance par rapport à mes comportements que les Ateliers m'ont amenée à faire, je réalise maintenant à quel point je reproduisais l'attitude qui avait été celle de ma mère. Parmi des trucs que nous nous donnions, lors des séances, pour combattre la solitude, il y avait des choses apparemment toutes simples comme se balader dans un complexe commercial, s'acheter de petites choses pour se faire plaisir, aller au cinéma.

Cette petite autonomie-là, ça a été un combat pour moi. Je n'étais jamais allée boire un café non accompagnée. Les Ateliers m'ont permis de réaliser à quel point je m'étais isolée, mais aussi de réagir. Je me suis aguerrie. J'ai appris à entrer dans un café. La première fois, je n'étais pas vraiment à l'aise!

Un pas après l'autre, j'ai même fini par passer mon permis de conduire! Il m'est plus simple de lutter contre la solitude. Je rends des visites, qu'on me rend. Je m'autorise aujourd'hui à demander à mes enfants de trouver un arrangement pour la garde de leurs petits le jour où je suis de sortie. Je pense à moi.

Ces moments-là de réflexion sur soi ne sont plus maintenant exclusivement accompagnés de mise en doute de soi.

Par le passé, j'ai beaucoup fait confiance à mes proches. Aujourd'hui, je m'accorde enfin de la confiance à moi-même. Je m'accepte, parce que j'ai changé. L'acquisition de la voiture a vraiment été importante. Ma mobilité a beaucoup étonné au début. L'image que les autres se faisaient de moi a dû évoluer. J'espère que je continuerai à évoluer aussi! Les rencontres de suivi avec la psychologue du Centre m'y aident.»

Au terme de la rencontre avec Jeanine, sur le seuil, ses questions sur le lieu de parking de ma voiture, ses conseils de conduite pour déjouer d'éventuels mauvais tours du brouillard, son chaleureux «bonne route!» m'ont définitivement convaincue que la solitude n'est décidément pas une petite voiture. Même si on la conduit en solitaire.

Pas supplémentaire: s'interroger sur ce que l'on peut mettre en place pour se sentir mieux dans sa peau. A-t-on déjà agi «contre» cette fichue solitude? Que peut-on améliorer dans les relations actuelles avec son entourage? Quand on nous tend une main, la voyons-nous?

Des obstacles réels et psychologiques peuvent séparer des individus, mais les moyens de les surmonter n'en existent pas moins. Les Ateliers ont pour ambition d'amener les participants à les trouver en eux.

Ils invitent aussi à un petit décryptage du modèle culturel dans lequel nous évoluons. Il valorise la famille et l'individualisme à la fois. Pas facile de s'y sentir toujours bien.

Les solitaires du premier Atelier

Les participants aux premiers Ateliers étaient une petite dizaine. Certains souffraient

d'une séparation, d'autres d'une perte d'emploi. Certains cumulant les «deux deuils». «On s'aperçoit au terme de séances comme celles-là, explique Giulia Galluzzo, qu'il existe deux rapports à la solitude. Il y a des solitaires «forcés» qui abhorrent ce qui leur arrive et d'autres, qui ont besoin de la solitude pour «fonctionner». Les seconds ont souvent peu d'amis, par goût. Ils s'épanouissent dans leur boulot. Lorsqu'ils sont momentanément mis en disponibilité, ils perdent leurs repères. Aux uns comme aux autres, les Ateliers peuvent être bénéfiques».

Les séances proposées par le Centre de Promotion Conjugale et Familiale de La Louvière sont gratuites. Pour tout renseignement: Giulia Galluzzo ou Marie-Hélène Mansart, au 064/22.88.40.

Véronique Janzyk ■

Approches individuelle, collective et communautaire de la santé : des réponses variées à la problématique complexe de la précarité

Depuis 1990, le Comité Départemental d'Education pour la Santé du Doubs (CDES 25) a développé des actions d'éducation et promotion de la santé en direction des publics en difficulté.

Pour cela, trois approches ont été expérimentées:

- l'approche individuelle dans le cadre d'un accompagnement santé de personnes cumulant des handicaps en matière d'emploi, de logement et de santé;
- l'approche collective qui utilise la dynamique d'un groupe déjà constitué notamment afin de retisser du lien social;
- l'approche communautaire à l'occasion de la réhabilitation d'un quartier sensible de Pontarlier, une ville de 19.000 habitants.

L'approche individuelle

Un accompagnement santé individuel est réalisé par des infirmières auprès des personnes démunies. Il tente de rendre le plus acteur possible ces personnes en difficultés d'insertion sociale et/ou professionnelle, par rapport à la gestion de leur santé et à l'utilisation du système de soins ordinaire.

Cet accompagnement se fixe trois objectifs:

- proposer à des personnes en situation de précarité un lieu d'écoute, d'aide, de réflexion et de suivi dans le domaine de la santé;
- amener ces personnes à utiliser, comme la population générale, les services médicaux à leur disposition (médecine libérale, laboratoires médicaux et services hospitaliers, dentistes, etc.);
- sensibiliser les promoteurs d'actions d'insertion (sociale et/ou professionnelle) à la dimension santé dès la mise en place de leurs actions afin que l'insertion soit abordée de façon globale.

La démarche individuelle s'appuie sur plusieurs notions: la libre adhésion de la part de l'usager, un climat de confiance impliquant confidentialité et

écoute, et enfin un contrat liant l'usager et le conseiller en santé.

Cet accompagnement comprend deux phases:

Evaluation des besoins

Cette phase permet de créer un climat de confiance et de repérer les besoins d'ordre:

- **administratifs:** vérifier que la personne bénéficie d'une couverture sociale correcte;
- **médicaux:** faire le point sur l'environnement médical, connaître les préoccupations de santé de la personne et éventuellement les obstacles financiers, matériels et psychologiques qui ont empêché ces soins;
- **sociaux:** connaître l'environnement de l'usager (logement, famille, ressources...) non pas pour les prendre en charge mais pour en tenir compte et éventuellement orienter les usagers vers d'autres partenaires.

Accompagnement proprement dit

Au cours de rencontres organisées dans le cadre d'un «point santé», il s'agit d'aborder petit à petit la perception que l'usager a de sa santé et des difficultés qui entravent éventuellement les soins.

Trois situations sont alors possibles:

- la personne décide de prendre en charge ses soins: le CDES 25 cesse alors d'intervenir. Le contact a constitué un «sas» dont l'objectif principal a été d'amener l'usager à prendre ou reprendre contact avec son médecin traitant;
- la personne n'est pas prête à effectuer seule la démarche: un accompagnement santé long est nécessaire afin d'expliquer l'intérêt de se soigner, donner des informations, aider à mener à bien la démarche de soins proposée. Il s'agit alors d'un dispositif intermédiaire pour des choix de santé;
- la personne refuse d'aborder la question: c'est l'abandon qui n'est pas

toujours définitif. On observe parfois qu'un temps de rupture est nécessaire, à l'issue duquel l'usager fait seul la démarche de reprise de contact et entame des soins.

L'approche collective

La démarche collective se fait selon deux modalités:

- dans le cas de groupes déjà constitués, il s'agit pour le conseiller en santé du CDES 25 d'apporter une information santé. Cette information se déroule sous la forme de questions-réponses à partir des préoccupations des usagers, même si ces questions sont parfois en apparence éloignées de la santé. Les thèmes les plus fréquemment abordés sont: le stress, la dépression, le cancer, l'hygiène de vie, les relations parents-enfants, etc.
- dans le cas où le CDES 25 est l'initiateur (unique ou avec d'autres partenaires) d'actions collectives, la santé est abordée à partir de l'implication des usagers dans un projet qui permette à chacun de trouver un espace d'expression et d'affirmation de soi.

Le CDES 25 a initié deux actions de ce type.

D'une part, les groupes de «remobilisation» qui peuvent être une étape dans le parcours d'insertion, étape pendant laquelle un travail de restauration de l'image de soi peut être entrepris.

D'autre part, les groupes «activités physiques», qui proposent aux personnes de pratiquer une activité physique de façon à investir positivement le corps et à reconsidérer l'hygiène de vie.

Quelques points paraissent importants comme pré-requis à ces groupes de remobilisation et d'activités physiques:

- la participation de la personne au stage est le fait de sa seule volonté;
- le stage est considéré comme temps de travail personnel, sans contrepartie financière;
- les règles de vie du groupe sont définies au départ par les participants;

- les participants élaborent leur projet et s'impliquent dans son déroulement;
- pour l'animateur, c'est un rôle de facilitateur qui paraît le plus important.

L'approche communautaire

En 1990, une opération de réhabilitation d'un quartier sensible de la Ville de Pontarlier est décidée. Les élus sollicitent le CDES 25 pour une action de promotion de la santé. La demande est claire: inclure la dimension santé dans le cadre général de la réhabilitation.

Ce quartier situé à la périphérie de la ville est considéré comme la venue disgracieuse; la population est à 80 % d'origine étrangère (maghrébins, turcs et yougoslaves). Officiellement, le quartier s'appelle Quartier des Pareuses, mais au quotidien chacun l'appelle "Le Camp" ou "Bab-el-Oued", avec une pointe de dédain. Au premier regard, il s'agit d'un ensemble de bâtiments en très mauvais état et d'un environnement non entretenu et souillé de détritus.

L'action communautaire paraissait souhaitable. Le schéma théorique s'imposait, à savoir, d'une part, relever les besoins identifiés par les professionnels du terrain et par les élus, et d'autre part faire émerger la demande de la population, et enfin proposer des réponses qui impliquent autant les professionnels et les élus que les habitants de ce quartier.

En pratique, il a fallu s'adapter. Certes, la démarche a été respectée, mais un élément majeur est apparu dès la première étape: la population ne demandait rien en matière de santé. Sa seule préoccupation concernait le devenir des logements et leurs éventuelles améliorations, ainsi que le prix des loyers...

Pour les professionnels du terrain, peu nombreux et travaillant dans des conditions matérielles précaires, la préoccupation était d'intéresser la population à quelque chose.

Pour les élus, la préoccupation était de changer l'image du Quartier et rendre une cohérence à la ville à travers l'ensemble de ses quartiers.

A l'issue de ce diagnostic communautaire ou plutôt de cette observation

participative, il ressortait fortement de part et d'autre un sentiment de dévalorisation de l'image de soi, de rejet de la part du reste de la population pontissalienne et une sorte de fatalité.

A ce stade, proposer des réponses santé était inadapté car seule la conseillère en santé du CDES 25 se sentait concernée. Il fallait donc trouver une porte d'entrée qui permette de rassembler les énergies, contribuer à améliorer l'image du quartier et de ses habitants et permettre à chacun de mieux vivre dans son quartier et, au-delà, dans la ville.

Bien que le point de départ "prétexte" ait été un temps fort à connotation santé (la journée sans tabac du 31 mai) où chacun a exposé ses savoirs-faire, ce ne sont pas des réponses identifiées "santé" par les habitants qui ont été proposées. Du sport a été pratiqué, un théâtre forum a rassemblé habitants, professionnels, élus, responsables des établissements scolaires et de divers administrations au cours duquel les thèmes du racisme et de l'intégration ont été abordés à l'initiative des jeunes.

Le théâtre-forum a été un déclic positif pour les jeunes qui ont été étonnés par leurs propres performances et par l'intérêt qu'ils suscitaient auprès de tant de personnes du quartier mais aussi et surtout du reste de la ville.

Depuis ce moment, la parole a mieux circulé dans le quartier et différents projets autour de la valorisation de l'image de soi ont vu le jour et se développent:

- entretiens avec des "personnalités" de la ville: élus municipaux, directeurs d'établissements scolaires, police, etc.
- création d'un journal,
- exposition au Musée de dessins d'enfants,
- mise en place d'un Comité des Jeunes,
- atelier-lecture,
- atelier théâtre/vidéo,
- campagnes de nettoyage du quartier,
- fleurissement,
- découverte de la ville et participation à la vie pontissalienne,
- création d'une fête annuelle du quartier.

La promotion de la santé se fait sans dire son nom, car personne n'en éprouve le besoin. Il existe un lien très

fort entre réhabilitation du bâti et réhabilitation des habitants du quartier dans l'appréciation qu'ils ont d'eux-mêmes et de leur rôle de citoyen.

Avant la réhabilitation, les habitants se considéraient comme des exclus, vivant dans un environnement dégradé et sale, d'où une attitude de repli sur le quartier, une difficulté certaine à la tolérance.

Pendant la réhabilitation, les habitants ont commencé à s'exprimer, à prendre de l'assurance, à communiquer avec le reste de la ville, à construire un projet de quartier.

En fin de réhabilitation, le bâti est désormais agréable, la confiance en soi existe, mais de nouveaux habitants d'origine française arrivent sur le quartier et c'est maintenant pour certains jeunes le "refus de partager" cet espace où il fait maintenant bon vivre.

En terme de promotion de la santé, c'est le mieux-vivre mais aussi la santé mentale qui a été prise en compte.

Les jeunes des Pareuses expriment que la santé au travers du CDES 25 a été un moyen de changer la vie du quartier. Ils considèrent et utilisent le CDES 25 comme médiateur entre eux, les adultes et les institutions.

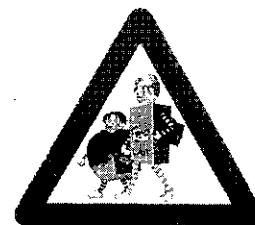
En conclusion

La pratique de l'éducation et de la promotion de la santé en direction des populations en situation de précarité n'est pas différente des pratiques utilisées avec d'autres publics. Toutefois, compte-tenu de la difficulté à exprimer ses besoins, ces populations nous obligent à reconsidérer peut être plus rapidement que nous ne l'aurions fait, les notions d'éducation, la place de l'usager et celle du conseiller en santé dans un processus de promotion de la santé. De plus, la variété et la complexité des situations de précarité est telle qu'il faut répondre par une palette variée de réponses si l'on veut espérer amortir, chacun à sa place, ce phénomène d'exclusion.

J. Lahouratate, F. Thiriet, C. Michaud, N. Himbert, C. Cognata, M. Comte

Adresse des auteurs: Comité Départemental d'Education pour la Santé, 19 Place du 8 septembre, 25000 Besançon. ■

Les «10 heures» sains de la vitalité



«Jeunesse et Santé» Liège, le service des jeunes de la Mutualité Chrétienne, développe depuis de nombreuses années des activités qui recueillent un succès notoire. Citons le chalet des «10 heures» sains (où l'on vendait des collations favorables à une bonne santé), le «Palais des mille et une dents» (jeu de l'oie géant sur l'hygiène bucco-dentaire), l'alcool et les jeunes (atelier de sensibilisation et de promotion de comportements responsables auprès de nos jeunes animateurs), un centre de documentation...

Jeunesse et Santé vient de réaliser une action Santé-Vitalité. Elle a pour but de sensibiliser la communauté éducative à améliorer l'environnement nutritionnel à la récréation matinale.

Souvent, la collation de «10 heures» remplace le petit-déjeuner absent ou généralement insuffisant. Elle se résume fréquemment par une prise d'encas (solides ou liquides) riches en sucres, en graisses et en sel.

Face à ce constat, nous avons conçu un outil pédagogique avec le soutien de la Communauté française et de la firme Nestlé. Celui-ci est destiné à l'ensemble des réseaux de l'enseignement maternel (des 5 ans), primaire, spécialisé et secondaire inférieur (jusqu'à 14 ans): la «Valisette de la Vitalité».

Cette valisette a pour objectif de rendre les enfants et les adolescents capables de choisir et de consommer une collation saine et un petit-déjeuner équilibré chaque jour. Pour améliorer l'environnement nutritionnel, il est nécessaire d'articuler une consommation adéquate d'aliments à un espace disponible pour créer des moments détente et de bien-être. Ainsi peut se réaliser la notion d'éco-consommation, envisagée comme une globalité intégrant le respect de soi et de l'environnement.

La «Valisette de la Vitalité» se compose de 7 éléments

* Un fichier pédagogique pour l'enseignant, dont l'objectif est d'aider celui-ci

à intégrer l'éducation nutritionnelle dans les activités scolaires, pour répondre aux besoins de savoir et de valorisation de l'enfant.

• Un livret didactique pour les parents, dont la fonction consiste à sensibiliser les parents. Ceux-ci sont le trait d'union entre l'école et la famille. De ce fait, ils sont partenaires centraux et essentiels dans les actions d'éducation à la santé.

• Deux cahiers d'informations et de jeux pour les enfants, répartis selon deux catégories d'apprentissage, de 5 à 8 ans et de 9 à 14 ans. Ceux-ci ont pour objectif de permettre à chaque enfant de faire des choix raisonnables et compatibles avec un bon état nutritionnel.

• Deux affiches:

- Le «10 heures» sain de vitalité
- Mon petit déjeuner plein ... d'énergie!
- Et mon «10 heures» vitalité!

• Une épinglette. Elle incite l'enfant et l'adolescent à s'impliquer concrètement, en vue d'être un acteur-partenaire de l'Action Santé Vitalité.

Avec cet outil, nous essayons de toucher un large public et nous poursuivons un objectif à long terme: celui de la santé de nos adultes de demain. Aujourd'hui, 1.000 valisettes sont prêtes à être diffusées gratuitement, dont 700 sont déjà réservées par des établissements scolaires et des organismes au service de la population, tels que les centres de santé (I.M.S.,...), les services aux éducateurs à la santé, etc.

Pour de plus amples informations, vous pouvez vous adresser à Catherine Meysman par simple demande écrite, à Jeunesse et Santé, 38 place du XX Août, 4000 Liège.

Investir dans l'éducation à la santé : une mission mutualiste

Promouvoir la Santé

La Mutualité, qui gère l'assurance maladie-invalidité, est plus qu'un organisme assureur. Elle intervient dans la politique de santé. Sa mission consiste aussi à «promouvoir le bien-être physique, psychique et social» de ses membres.

Un objectif mutualiste

Notre Mutualité souhaite être un partenaire actif de l'amélioration de la qualité de vie de chacun. C'est pourquoi elle développe des actions de prévention en encourageant chacun à adopter une attitude plus responsable face à sa santé.

Santé et bien-être de la population représentent un investissement pour la société. Cet investissement doit être dirigé vers des solutions optimales. C'est la raison pour laquelle il faut placer la personne au centre de toutes les actions en faveur de la santé et par conséquent du mieux-être.

Améliorer l'hygiène alimentaire

Il est bien établi que l'alimentation joue un rôle important sur notre santé. De mauvaises habitudes alimentaires accroissent les risques d'émergence et de développement de certaines pathologies, tels que les cancers et les maladies cardio-vasculaires. Il est indispensable d'informer et d'éduquer chacun sur les effets d'une alimentation variée et équilibrée. Pour mener des campagnes d'information efficaces, on cherchera à sensibiliser les porteurs de message, les enseignants, les professionnels de la santé, etc.

Développer l'éducation à la santé dans les écoles

Notre démarche vise à maintenir et à améliorer la santé en s'appuyant sur l'acquisition, par l'éducation à la santé, de comportements et d'habitudes de vie favorables au développement et au maintien d'un état de bien-être global.

Il est nécessaire que les actions de promotion et de prévention soient menées à moyen et à long terme si l'on souhaite améliorer la santé des générations futures. C'est aussi le sens de nos projets.

Enfin, les bonnes habitudes de vie, et notamment alimentaires, sont plus facilement assimilées si elles sont présentées dès le plus jeune âge, au moment où les schémas de comportement ne sont pas définitivement arrêtés. C'est pourquoi nous intervenons auprès des jeunes enfants.