

Vaccinations
Liège

23 mars 1994

Dans le cadre des "Séminaires d'épidémiologie" de l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Liège, Béatrice Swennen, médecin-directrice du projet Provac, présentera "Les vaccinations en Communauté française". Cela se passera de 16 à 17h30, à l'auditoire D50 du C.H.U.

Nutrition
Huy

20 avril 1994

Colloque "Prendre en charge la malnutrition dans les pays en développement: quelles stratégies pour demain?"

Une initiative de l'Association des Licenciés en Sciences Sanitaires de l'ILg, du District Médical de Thiès et Terre des Hommes (Lausanne), de l'Institut Supérieur Industriel de Huy et du Service Education pour la Santé (Huy).

Les organisateurs de cette journée nous proposent d'approfondir certains aspects de la lutte contre la malnutrition par une approche multidisciplinaire des thèmes suivants:

- causes et conséquences de la malnutrition dans les communautés;
- implications des interventions en nutrition en matière de santé pour les groupes vulnérables (mères et enfants);
- conséquences socio-économiques des interventions visant à la satisfaction des besoins en nutrition;
- stratégies possibles pour le développement d'une prise en charge multidisciplinaire et intégrée des problèmes de nutrition.

L'inscription coûte 950 FB (700 FB pour les étudiants, 1.300 FB après le 5 avril), et comprend repas, collations et actes du colloque.

Renseignements pratiques: le colloque aura lieu de 8h45 à 17h30 à l'Institut Supérieur Industriel, rue Saint-Victor 3, 4500 Huy. Secrétariat: S.E.S. Huy, chée de Waremmes 139, 4500 Huy. Tél.: 085/21.25.76. Fax: 085/21.19.77.

Education pour la santé
Bruxelles

24 avril 1994

La "cinquième journée d'éducation pour la santé" organisée par l'Unité éducation pour la santé de l'UCL sera consacrée au thème suivant: "La santé, ça s'apprend tous les jours".

Contrairement aux éditions précédentes, ce sera une vraie journée, avec séances plénières et ateliers. Nous vous en dirons plus dans notre prochaine édition.

Renseignements et inscriptions au 02/764.72.50.

Education pour la santé
Liège

25 avril-20 mai 1994

Cours international de méthodologie de l'éducation pour la santé à l'école. Objectif général: être capable d'intégrer l'éducation pour la santé dans le curriculum de l'enseignement primaire, en utilisant une pédagogie active.

Public-cible: cadres impliqués dans la planification, la mise en oeuvre ou l'évaluation de programmes d'éducation pour la santé dans l'enseignement primaire, formateurs d'enseignants en ce domaine.

Les méthodes qui seront enseignées sont fondées sur l'approche de "l'Enfant pour l'enfant".

Informations: CERES, Université de Liège, Sart Tilman Bât. B32, 4000 Liège, tél. 041/52.58.59.

Documentation

Le Centre de documentation des Femmes Prévoyantes Socialistes de Liège est accessible au public depuis 4 ans.

Il est spécialisé dans les domaines suivants: santé, femmes, famille, socialisme et travail.

Il présente un fonds de plus de 2000 documents (essentiellement brochures, documents, rapports d'activité, livres...), 180 titres de périodiques, 14 dossiers de presse. Prêt et/ou consultation sur place.

Le centre de documentation est accessible du lundi au jeudi de 14 à 16 heures.

Femmes Prévoyantes Socialistes, rue Douffet 36, 4020 Liège, tél. 041/41.63.31.

Emploi - offre

Infor-Drogues ASBL cherche pour étoffer sa permanence un(e) psychologue, un(e) travailleur(euse) social(e),... pour un travail bénévole:

- écoute téléphonique nuit et week-end (une soirée par semaine ou une partie de week-end),
- possibilité de consultation et de formation grâce à la participation aux supervisions et réunions d'équipe (jeudi après-midi),
- contrat minimal: 6 mois,
- possibilité d'intégrer ce travail de bénévole dans le cadre d'un stage pour étudiants en dernière année de formation.

Contact: par téléphone le mercredi matin au 02/537.52.52 (Madame Azadeh Banaï).

Infor-Drogues cherche également un(e) assistant(e) social(e) T.C.T. *Infor Drogues, chaussée de Waterloo 302, 1060 Bruxelles.*

Emploi - demandes

Joëlle Masse, infirmière licenciée en éducation pour la santé, avec diplôme d'agrégation pour l'enseignement, souhaite s'orienter vers les domaines de l'enseignement, de la formation en éducation pour la santé. Rue du Fonteny 39, 7141 Carnières, tél. 064/44.23.39.

Licenciée et agrégée en biologie, expérience en communication et vulgarisation, offre services pour promotion, prévention et éducation santé. Contacter Nathalie Waegeneer, rue des Francs 48/6, 1040 Bruxelles. Tél.: 02/736.78.08.

Correctif

Nous vous signalions dans le numéro précédent (n°84, janvier-février 1994, pp.23-24) un ouvrage très intéressant sur le problème des chutes chez les personnes âgées, "Ajoutez de l'aplomb aux années".

Le prix de cet ouvrage n'est pas de 300FB mais bien 380FB (frais de port inclus). Quant au numéro de téléphone de l'ÉIAS, c'est le 071/36.62.73.

Education

SANTÉ

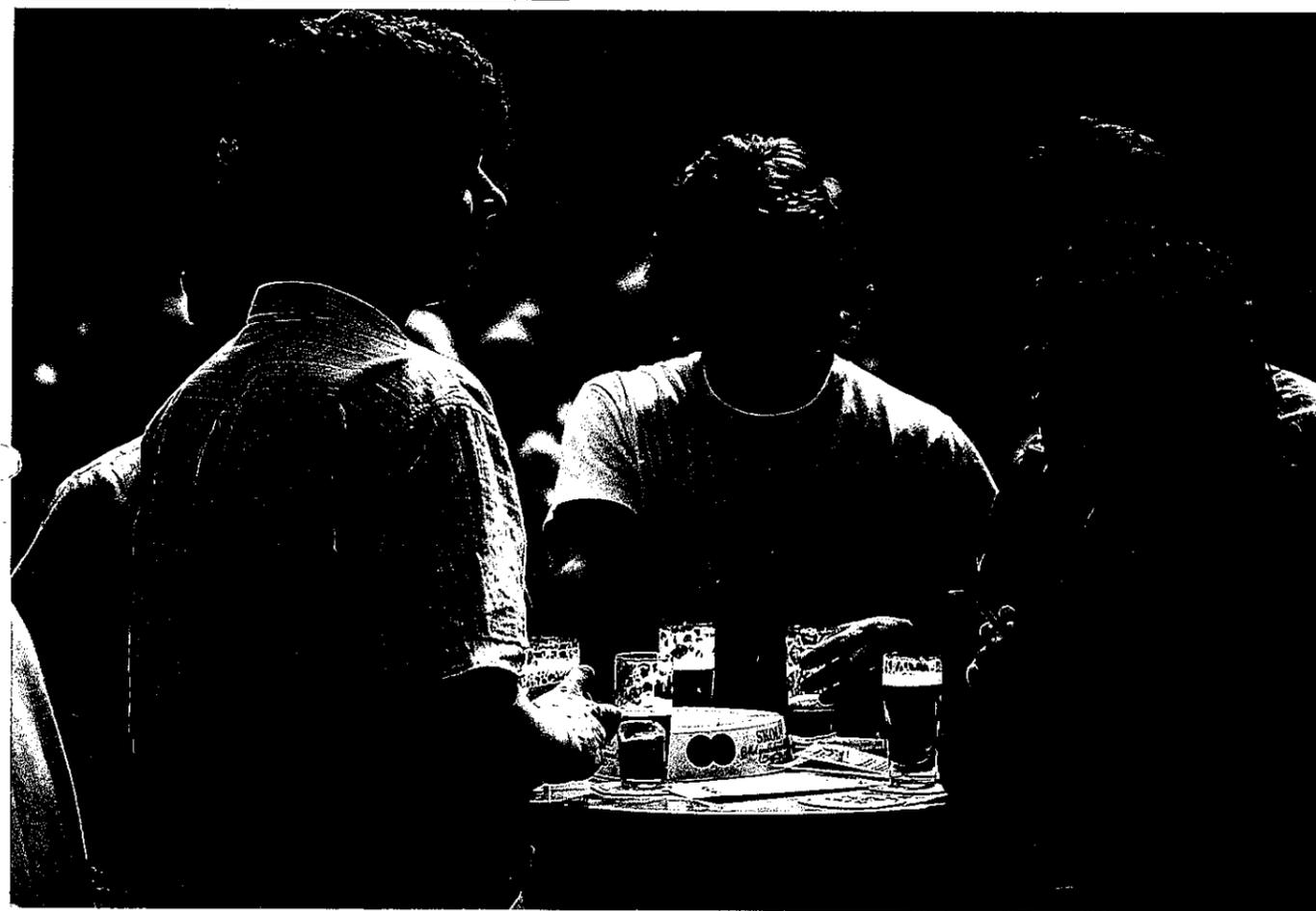


Photo ZAFAR

Réflexions

Participation aux prises de décision
par Jeannine Chantraine et Danielle Piette, p. 3

Grain de sable: évaluation d'un spectacle de marionnettes
par Jean-Luc Collignon, Jacqueline Delville et Michel Mercier, p. 9

Initiatives

La santé à belles dents, p. 16

Forum de l'adolescence
par André Lufin, p. 17

Santé positive
par Annick Clijsters et Sophie Fiévet, p. 19

Formation pour enseignants
par André Lufin, p. 21

Alcool : pour une consommation responsable p. 22 à 28

Brochure "L'éducation pour la santé, l'affaire de tous":
les adresses utiles en Communauté française



L'éducation pour la santé est l'affaire de tous

Si j'ose cette affirmation quelque peu tarte à la crème, c'est pour rappeler un principe fondamental, mais aussi pour vous annoncer la mise à jour désormais annuelle de la petite brochure du même nom. Vous y trouverez sous un format compact les informations pratiques de base sur le secteur de la promotion de la santé en Communauté française de Belgique.

Des changements notables par rapport à l'édition 93?

Une nouvelle Ministre, un nouveau service agréé, "Handicap et santé", aux Facultés Notre-Dame de la Paix (nous y reviendrons dans notre prochaine livraison), et une autre couleur, le bleu. N'y voyez pas malice en cette période pré-électorale, nous avons utilisé le rouge et le vert dans les éditions précédentes...

Vous trouverez dans ce numéro la brochure prête à l'usage, ce qui n'était pas le cas l'an dernier. Sachez aussi que vous pouvez en obtenir d'autres exemplaires au Centre de Coordination Communautaire (02/512.42.23).

Autre supplément du mois, une affichette de la Ligue Belge de la Sclérose en Plaques, dont nous présentons les objectifs et les activités dans notre rubrique "Entraide".

Pour le reste, rien que du solide: d'abord une réflexion assez inhabituelle dans nos colonnes sur la participation des populations aux prises de décision, au départ d'une enquête réalisée à La Louvière, et notamment dans les milieux mutuellistes.

Ensuite, une évaluation fouillée du spectacle de marionnettes "Grain de sable", dont le but est d'inculquer aux jeunes élèves d'école primaire les notions de base sur le sommeil. Est-ce que le message passe, comment les enfants réagissent-ils à un spectacle à caractère éducatif? Les auteurs apportent des éléments de réponses précis à ces questions.

Par ailleurs, notre rubrique "Initiatives" est consacrée en partie au problème de l'alcoolisme, qui, d'une manière générale, n'occupe pas la place qu'il mérite dans les programmes de promotion de la santé. Mais ce n'est pas une raison pour confier à la seule industrie des vins et spiritueux la tâche d'éduquer les jeunes générations à une "consommation modérée"!

Nous nous faisons aussi l'écho d'une grande campagne d'hygiène bucco-dentaire orchestrée par l'ONE, avec l'aide du sympathique Dino Belles Dents.

Pour terminer, j'ai le plaisir de vous signaler que nous bénéficions cette année, pour la seconde fois, d'une aide financière du Commissariat Général aux Relations Internationales de la Communauté française de Belgique pour la diffusion de notre mensuel à l'étranger. Nos nombreux amis francophones apprécieront sûrement le geste!

Christian De Bock, rédacteur en chef

Stress

Louvain-la-Neuve

28 février au 9 mai 1994

Préparation aux examens, relaxation par la sophrologie: apprendre à contrôler le stress, la concentration, l'anxiété, la mémoire. Public: étudiants. Les lundis de 18h30 à 20h. Inscription: 1200 francs pour 10 séances.

Informations: Point de repère Santé, rue des Wallons 10, 1348 Louvain-la-Neuve, tél. 010/47.20.02 ou 47.44.81.

Assuétudes

Bruxelles

1er mars, avril, mai, juin 1994

Formation destinée aux équipes éducatives des maisons de jeunes en Communauté française. Groupe de 12 à 15 personnes, 5 séances de 2h30 chacune: les vendredis 22 avril, 13 mai, 27 mai, 10 juin et 24 juin 1994, de 9h15 à 12h. Prix: 3500 francs pour les 5 séances.

Inscriptions jusqu'au 1er mars 1994.

Infor Drogues, Madame Azadeh Banaï, chaussée de Waterloo 302, 1060 Bruxelles, tél. 02/537.52.52.

Enfant

Liège

Mars à juin 1994

Sensibilisation à l'accueil de la petite enfance: 2 modules de 3 séances, plus 2 séances supplémentaires pour les professionnels. Prix: 500 FB par séance.

Renseignements: Service Petite Enfance FPS, rue Magis 16, 4020 Liège, tél. 041/42.73.13.

Communication

Louvain-la-Neuve

Mars-avril-mai 1994

Le CECOM (Centre d'études de la Communication) organise un cycle de formation destiné particulièrement au secteur non-marchand.

Les 11, 12, 25, 26 mars et 22, 23 avril 1994 - Communication interne et gestion des personnes en organisation.

Les 18, 19 mars et 1er avril 1994 - Information et Communication dans les groupes de travail et les organisations.

Les 22, 29 avril et 6 mai 1994 - Identité, image et communication des organisations.

Informations: Claude Duterme, CECOM, ruelle de la Lanterne Magique 14, 1348 Louvain-la-Neuve, tél. 010/47.27.43.

Troisième âge

Mons

Mars à décembre 1994

L'Association pour le Soutien de l'Etude du Vieillessement organise un cycle de formation continue intitulé "La gérontologie au quotidien". Public cible: toute personne dont l'activité est orientée vers les personnes âgées.

Programme:

Thème I: le vieillissement, des images aux faits

8 mars 1994: représentations collectives et vieillissement;

Thème II: les plaintes des personnes âgées

23 mars 1994: le vieillissement des systèmes et des fonctions;

26 avril 1994 matin: "J'ai la mémoire qui flanche" - les troubles de mémoire / après-midi: les troubles du sommeil; 17 mai 1994: les troubles du comportement chez les personnes âgées;

Thème III: Que faire, comment faire, pourquoi le faire?

14 juin 1994: la réhabilitation des patients atteints de détérioration mentale; 20 septembre 1994: Ne vous cassez plus le dos! la manutention des malades;

11 octobre 1994 matin: médicaments et patients âgés / après-midi: les soins palliatifs;

Thème IV: du côté des soignants

25 octobre 1994: les professionnels de gériatrie face au défi du vieillissement, enjeux et perspectives;

8 novembre 1994: la souffrance des soignants;

Thème V: lieux de vie, lieux de soins

22 novembre 1994 matin: à la recherche d'une structure adaptée / après-midi: adapter la structure au patient et au personnel;

13 décembre 1994 matin: dimensions psychosociologiques du placement / après-midi: une alternative, les soins à domicile.

Prix par session: 1100 FB.

Pour recevoir le programme complet: Mademoiselle L. Lasseaux, Hôpital

Ambroise Paré, boulevard Kennedy 2, 7000 Mons, tél. 065/39.29.08.

Relation soignant/soigné

Rixensart

12 mars 1994

L'équipe "Vieillir autrement" du Centre de Consultations Conjugales et Familiales de Braine L'Alleud organise une journée d'information et d'échange sur le thème: "Je t'aime, moi non plus: le médecin et son patient, quel face à face?", le samedi 12 mars de 9 à 17h30, à la Ferme de Froidmont à Rixensart. P.A.F.: 850FB (repas compris).

Renseignements et inscriptions: Centre de Consultations Conjugales et Familiales, équipe "Vieillir autrement", tous les matins de 9 à 12h, 02/384.82.24.

ASBL

Bruxelles

16-17 mars 1994

PRONOM: 1er salon et Rendez-vous d'affaires pour les responsables (directeurs, gestionnaires et administrateurs) du secteur médico-social et des ASBL.

Exposants: toute société qui fournit des biens ou services aux collectivités et ASBL.

Conférences en parallèle au salon:

- les responsabilités civiles et pénales des administrateurs et gestionnaires d'ASBL;
- les responsabilités financières des administrateurs et gestionnaires d'ASBL;
- les exigences futures en matière de comptabilité des ASBL;
- la gestion du personnel des ASBL;
- l'organisation de la restauration des collectivités;
- la sécurité des biens et des personnes dans les ASBL et collectivités;
- jusqu'où une ASBL peut-elle avoir des activités commerciales;
- l'Office Management fait gagner du temps et de l'argent dans une ASBL;
- la gestion financière et le financement des ASBL;
- l'organisation des relations publiques et de la promotion des ASBL.

Informations: Fabienne Coppey ou Benoît Froment, Meeting ASBL, avenue des Coccinelles 36, 1170 Bruxelles, tél. 02/675.40.00, fax 02/675.35.94.

Philadelphia

La lutte contre l'exclusion des personnes séropositives

Andy, jeune et talentueux avocat de Philadelphia est séropositif. Quand les premiers signes de la maladie apparaissent, il se voit licencié pour erreur professionnelle. Persuadé d'avoir été victime d'une mesure de discrimination causée par l'apparition du sida, il mène une action en justice contre ses employeurs.

On n'en dira pas davantage. "Philadelphia" qui sort ce 16 mars sur les écrans de cinéma vaut la peine d'être vu. Quand le cinéma traite du sida, c'est intéressant. Quand les Américains s'en mêlent, même à coups de violons et de ficelles, on applaudit. Le problème de la discrimination envers les personnes touchées par le virus est ici très bien traité et participe, donc, à la sensibilisation de tous à cette lutte contre l'exclusion. Gageons que la sortie du film mobilisera aussi les politiciens autour d'une loi contre tout acte de discrimination envers les personnes séropositives. Pour qu'enfin les victimes de l'exclusion puissent se défendre. Elles doivent, en effet, pouvoir se consacrer entièrement à la lutte qu'elles mènent pour préserver leur santé sans avoir à supporter le rejet qu'elles pourraient rencontrer.

La sensibilisation du public à la réalité des personnes séropositives était le thème de la campagne menée à l'occasion de la journée mondiale du sida, le 1er décembre dernier, "Je suis séropositif, ne me faites pas regretter de vous l'avoir dit".

Cette campagne, évaluée en janvier, a été appréciée par l'ensemble du public qui s'est senti concerné: (Dimarso, enquête auprès de 600 personnes) 70 à 80 % des personnes interrogées estiment que ce type de message est utile pour que les gens soient plus solidaires, aient moins peur et parce qu'ils sont toujours mal informés.

Pour poursuivre cette action de sensibilisation et d'information, de nouvelles brochures sont diffusées par Infor Sida auprès de différents publics: auprès des travailleurs en entreprises, auprès des puéricultrices, instituteurs, éducateurs, auprès des esthéticiennes, coiffeurs, tatoueurs, auprès des sportifs, amateurs ou pro'.

Des brochures qui informent, donc qui rassurent

L'objectif de ces plaquettes est avant tout d'informer et de rectifier certaines idées erronées. Le virus du sida ne se transmet par aucun geste de la vie quotidienne.

Les brochures rappellent clairement les modes de transmission et les précautions à prendre. Elles encouragent en outre le dialogue au sein de tous les milieux concernés afin de créer un climat de confiance et d'éviter le rejet et l'isolement de la personne séropositive.

Méfiance et rejet

Des problèmes humains et relationnels peuvent surgir dès l'annonce de la séropositivité d'un enfant, d'un travailleur ou d'un sportif, conduisant à une attitude d'exclusion.

A l'origine de cette attitude, une inquiétude. La peur ressentie par l'en-

tourage de la personne séropositive est souvent liée à une connaissance insuffisante des modes de transmission du virus du sida et des moyens de s'en protéger.

En informant rigoureusement, nous tentons d'apaiser cette peur, d'éviter la discrimination et de garantir aux enfants séropositifs le droit d'aller à la crèche ou à l'école, et aux personnes séropositives le droit de travailler, de pratiquer librement un sport ou de se rendre par exemple dans un institut de beauté. ■

Catalogue des outils de la prévention, édition 1994

Quelle brochure de prévention du sida utiliser auprès de jeunes? Comment conscientiser la population de mon quartier? Y a-t-il des formations pour les animateurs? Comment aborder le dépistage avec mon patient? Quelles questions éthiques soulève la prévention du sida? Comment accueillir un enfant séropositif à la crèche?

Des enseignants, des médecins, des animateurs, des professionnels de l'enfance, des responsables culturels, ..., sensibles à la prévention du sida ne connaissent pas toujours les outils d'information, de sensibilisation ou d'animation qui sont disponibles. Ce catalogue a été conçu pour répondre à leurs questions. Car, outre les campagnes qui stimulent le débat dans la rue, la prévention du sida appartient aux relais (les médecins, les enseignants, ...) et aux organismes proches de publics spécifiques. Pour ces maillons indispensables à la lutte contre le sida, ce catalogue présente les outils qui apportent un éclairage ou une réflexion complémentaire à leur expérience sur le terrain ainsi que les outils d'animation et d'information au service de leur initiative en prévention.

Il a été diffusé auprès de quelque 5000 professeurs, centres de formation et d'éducation permanente, organismes d'éducation à la santé et de prévention du sida.

Il en reste!

Information: Agence de Prévention du Sida: 02/627.75.11. ■

Participation de la population aux prises de décision

Une enquête préliminaire à La Louvière, Ville-Santé

Introduction

"Le mieux que tu puisses faire dans ton activité quotidienne, c'est la médecine préventive, l'éducation pour la santé. Chacun le répète, mais peu s'y emploient. Si nous semions davantage de santé, nous en récolterions davantage". Ainsi s'adressait, à ses confrères le Dr. L. Sonderegger, médecin suisse du 19e siècle.

Il y a 100 ans, les structures sociales étaient plus simples, l'impact psychologique médecin-patient était plus important et malgré cela, comme le déplore le Dr. Sonderegger, le traitement n'était pas suffisamment accompagné d'une éducation concomitante.

A notre époque les schémas sanitaires, politiques, économiques et sociaux se sont complexifiés. L'évolution des techniques médicales a permis un progrès considérable, dans la sûreté du diagnostic par exemple, mais a éloigné, encore davantage, les personnes de l'intérêt pour les soins qu'elles pouvaient se porter à elles-mêmes. Les individus sont devenus en quelque sorte "incompétents", aliénés par des spécialistes de la santé, et dépossédés de leur corps.

La santé est devenue l'affaire d'institutions, d'organismes, de services de santé, l'individu étant relégué au rang de consommateur de soins. Cette dépendance s'est encore accentuée par la complexité de la vie économique et sociale: l'individu se sent prisonnier d'un réseau complexe d'administrations, de bureaucratie, de pouvoirs et d'influences dont il a peine à s'émanciper. C'est pourquoi le Dr. Krasnik remarque que: "ce n'est donc plus comme entité isolée qu'il doit être considéré, mais dans sa réalité socio-économique et d'environnement".

L'individu subit des pressions qui interfèrent sur son comportement de santé, sans nécessairement le faire évoluer vers l'amélioration de son bien-être. C'est ce que démontre l'évolution des nombreuses expériences d'éducation pour la santé menées de-

puis 1976 en Communauté française de Belgique. Ces expériences témoignent de la difficulté de modifier les comportements de santé de la population: les échecs relatifs rencontrés à ces occasions ont dirigé l'attention sur l'importante nécessité d'associer la population concernée et d'obtenir sa participation.

Cette constatation fait prendre conscience de l'intérêt d'une orientation nouvelle et de l'importance à accorder aux modalités de prise de décision, au partage de responsabilité, ainsi qu'à la collaboration active dans l'organisation.

Seule, pensait-on, cette adhésion pouvait donner à l'individu la possibilité de se réapproprier son autonomie et sa proximité, dans un domaine, "sa santé", qui lui appartient bien davantage qu'au corps médical.

C'est dans ce cadre que se place une recherche-action sur la participation de la population dans les prises de décision, et ceci, à La Louvière, Ville-Santé. Cet article reprend la synthèse de l'étude préliminaire portant sur les possibilités actuelles de participation des habitants de cette entité au niveau des soins de base ou soins de santé primaires. Les recommandations issues de l'étude pourront être utilisées pour la création d'un conseil de participation des habitants à La Louvière.

Participation et mécanismes de représentation de la population

La participation peut se réaliser à différents degrés (Vuori). Le degré le plus faible est celui de la consommation d'un service. Par exemple, un père participe à une campagne de vaccination en amenant son jeune enfant pour le faire vacciner.

Le deuxième degré est celui de la collaboration à la réalisation et peut-être, à la préparation d'une action. Ce serait le cas de bénévoles participant à l'organisation et à la réalisation d'une "semaine santé" dans une collectivité.

Un troisième niveau de participation est représenté par la prise en compte

de conseils et avis de la population dans les prises de décision des professionnels de la santé. Ce serait le cas d'un conseil des usagers qui aurait droit à l'information et offrirait des avis et informations préparatoires aux décisions de l'INAMI, par exemple.

Le quatrième niveau est celui de la participation de la population aux prises de décision. Ici, des représentants de la population siègent à côté d'experts dans les comités et assemblées qui prennent les décisions relatives au domaine sanitaire. Ces représentants sont minoritaires dans le conseil.

Enfin le cinquième niveau de participation se rencontre dans les cas, rares, où la population, ou ses représentants, détiennent un droit de veto ou encore, sont représentés majoritairement dans les conseils prenant des décisions. Cette participation ne peut que rarement se faire directement par la population. La plupart du temps il est nécessaire que la population soit représentée par certains de ses membres.

Il n'est pas inutile de remarquer que la forme la plus efficace de représentation n'est pas forcément celle où la population dispose d'un droit de veto ou d'une majorité de décision (Piette 1991).

Bochel et Maclaren (1982) ont défini trois interprétations de ce concept de représentation de la population dans des conseils ou assemblées de décision. La première interprétation est que cette représentation peut être comprise dans un sens de microcosme. Dans ce cas le groupe de représentants est supposé être une copie conforme miniature de la communauté. Une deuxième interprétation concerne la représentation de différents groupes d'intérêt. Nous nous trouvons alors face à des représentants de différents groupes. Dans ce cas, les minorités peuvent être, en terme de nombre de personnes, sur-représentées par rapport à leur pourcentage réel dans la population. Enfin, la dernière interprétation, celle qui, d'après les auteurs, est la plus fréquente, est réalisée par des représentants de la population

Mon bébé est séropositif.
Tout ce que vous risquez
en le prenant dans vos bras,
c'est de vous y attacher.



enfance & sida

qui ont atteint un certain degré d'éducation ou de statut social, ces personnes possédant expérience, sens de la communication et un grand nombre de contacts et d'avantages divers. A ces trois modes de représentation il nous semble intéressant d'en ajouter un quatrième. C'est celui de la représentation par des bénévoles; ces bénévoles pouvant être recrutés par appel d'offre ou contactés personnellement par les membres du conseil ou de l'assemblée prenant les décisions.

Godbout (1981) a réalisé une étude sur la représentation des usagers des services de santé au Québec et a remarqué que quatre conditions semblent nécessaires pour représenter efficacement une population:

- la première condition dépend de la classe sociale des représentants: les professionnels de la santé tendent à légitimer plutôt les représentants de la population issus d'un groupe social aisé;
- la deuxième condition est la capacité des représentants de mobiliser des groupes de population dans la communauté; l'efficacité de la représentation augmente donc si ces représentants sont soutenus par des groupes de la population, par exemple une association de quartier ou des groupes de self-help;
- la troisième condition est la capacité des représentants d'avoir un droit réel de participation dans le mécanisme des décisions; il s'agit ici de donner aux représentants de la population, non pas seulement un rôle d'avis et de conseil, mais une réelle participation aux décisions;
- finalement, les représentants des usagers doivent être reconnus officiellement comme représentants à la fois par la population et par leurs interlocuteurs dans les comités de décisions.

L'étude de la participation de la population dans les prises de décision doit donc se faire par rapport à différentes grilles d'analyse. La première est celle du type de participation et de son degré. La deuxième grille concerne le type de relation des représentants de la population avec la population elle-même. Enfin, il faut également examiner comment s'intègrent les représentants de la population parmi les professionnels.

Dans l'étude de la participation de la population dans les mécanismes de décision, réalisée à La Louvière, il est donc important de distinguer les possibilités qu'a la population de participer mais également, le type de participation, le type de représentation et la relation entre les représentants de la population et les habitants de La Louvière ainsi qu'entre les représentants de la population et les professionnels ou politiciens prenant les décisions.

Organismes et participation

La participation ne va pas de soi. Certes, elle peut se manifester spontanément, lorsque, mobilisée par une cause évidente, elle se présente sous la forme d'objectifs clairs et concerne des groupes qui s'y reconnaissent; citons "Mellery", le troisième âge, les handicapés, le self-help.

Par contre, la participation-collaboration à des programmes et services de santé s'avère beaucoup plus précaire et problématique. En effet, la répartition traditionnelle des pouvoirs et des rôles se trouve remise en question pour permettre l'adhésion des populations au choix des objectifs et moyens pour les atteindre.

Les exemples ne manquent pas d'expériences avortées où l'organisme planificateur se trouve amené, conscient du bien-fondé de ses objectifs, à forcer en quelque sorte le rôle de ceux qu'il veut associer, dans l'espoir de susciter leur participation.

Non seulement cette participation est porteuse d'une dérive de manipulation, mais elle se révèle souvent sans lendemain, car la participation et l'intervention s'évanouissent avec les premiers signes de retrait des animateurs. C'est ainsi que beaucoup d'actions sanitaires initialement conçues dans un esprit de participation se sont insidieusement transformées en programmes d'éducation: les organisateurs, faute de pouvoir ajuster leur plan aux besoins de la population, s'emploient à changer la population pour la faire correspondre aux normes de leur plan.

Quant à la participation de la population aux prises de décision dans un système d'organisation plus formel et plus sophistiqué, elle rencontre les

mêmes difficultés: la reconnaissance explicite dans une convention, un règlement ou une loi, d'un droit de regard, d'intervention, de contrôle ou de décision, ne constitue en rien le garant d'une participation réelle.

Toute politique de santé comme toute action communautaire est confrontée à cette réalité.

1. Sélection du terrain d'étude

Les représentants des secteurs sanitaires des 38 pays présents à la première Conférence Internationale pour la Promotion de la Santé s'engagent en novembre 1986 à promouvoir une politique de santé publique saine (Charte d'Ottawa). Ils acceptent, entre autres, de réorienter les services de santé, de partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, ce qui est plus important, avec la population elle-même. Mais il est à craindre, comme l'évoquait le Dr. Krasnik, que "les services d'une manière générale, se montrent réticents à admettre et intégrer les nouveaux rôles des professionnels et des consommateurs, sans une forte pression de la collectivité".

En Belgique, le législateur n'a pas attendu Ottawa pour promouvoir la santé en collaboration avec la population car les lois prévoient fréquemment les principes et les mécanismes de participation, d'accès à l'information ou de contrôle des membres des organismes qu'elles instituent ou qu'elles régissent.

Il en va de la sorte pour les C.P.A.S. et les organisations mutualistes qui, selon des modalités différentes, dispensent des services de soins primaires au sein des villes et régions sur lesquelles elles exercent leur tutelle. Ces organismes, très réglementés dans leur fonctionnement en même temps que très proches des réalités du terrain constituent un champ d'observation privilégié pour étudier la manière dont la population peut se manifester et s'organiser sous la double contrainte des impositions réglementaires et de l'attente des membres concernés.

Quatre entités de dispensation de soins primaires de la région de La Louvière ont ainsi été approchées et ont accepté par la voie de leurs responsables de se prêter à une ou plu-

Vu pour vous

Les quatre saisons de l'aphasie

"Les mots perdus" est un film en quatre saisons. Quatre moments du parcours type d'un aphasique, depuis le désespoir jusqu'à l'acceptation, de la solitude à la réintégration dans la société. Un film qui se passe aussi dans quatre pays, pour mieux tisser encore ce réseau de solidarité qui permet aujourd'hui aux associations d'aphasiques de rompre l'isolement et d'entamer une grande campagne internationale pour une reconnaissance de leur handicap spécifique.

Québec.

Il y a quelques années, Nicole a perdu un fils, noyé dans la piscine. Elle a cru pouvoir retrouver une raison de vivre lorsqu'elle s'est retrouvée enceinte. A la suite d'un accident cérébro-vasculaire lors de l'accouchement, elle a perdu les mots. Désespérée, isolée, elle perd le contact avec sa famille-même. Elle s'emmure dans la souffrance. Sa douleur ressemble à la mort. Toutes les portes sont fermées. C'est l'hiver.

Paris.

Marie est aphasique depuis un accident de voiture. Les mots, elle les retrouve lentement, péniblement. Pas assez en tout cas pour qu'elle ose s'aventurer hors de sa petite chambre et rencontrer les autres. Un autre accident, dont elle est le seul témoin, provoque sa rencontre avec son voisin, Saïd. Intrigué par son silence, celui-ci cherche à la comprendre, malgré l'obstination de la jeune femme à refouler des sentiments qu'elle se refuse. Lorsqu'il lui offre des fleurs, c'est une porte qui s'entrouvre. C'est le printemps.

Genève.

Catherine a réappris à vivre. Les séquelles de son hémiplegie ont presque disparu et les mots lui viennent à peine plus lentement qu'avant. Choyée par son mari, elle quitte peu à peu ce cocon protecteur et retrouve son autonomie. Elle se rend compte alors qu'elle est mieux placée que quiconque pour aider ceux qui, comme

elle, ont perdu les mots et vivent cette souffrance au quotidien. Sa détermination et son sourire paraissent pouvoir venir à bout de tous les obstacles. L'association qu'elle fonde est sa porte de sortie pour une vie rayonnante. C'est l'été.

Bruxelles.

Jacques a retrouvé les mots et veut croire et faire croire qu'il est parfaitement guéri. Il a recommencé à enseigner et porte le masque de la réussite, notamment auprès de ses amis de l'association d'aphasiques "Se comprendre". Lorsqu'il se rend compte qu'il ne sera plus jamais comme avant, qu'il ne pourra pas continuer à exercer son métier, il s'enferme d'abord dans le mensonge. Et lorsque son secret est dévoilé, une porte se referme définitivement. Une porte qu'il fallait fermer pour achever un deuil et pouvoir entamer une nouvelle vie. C'est l'automne.

Documentaire ou fiction? Les histoires sont inventées, écrites avec des aphasiques au cours d'ateliers de scénarisation. La plupart des acteurs jouent, sinon leur propre rôle, du moins un personnage qui leur ressemble beaucoup. Ils jouent avec émotion, justesse, force et sensibilité. La construction dramatique est mise au service d'un objectif pédagogique clairement énoncé: faire connaître la réalité de l'aphasie et aider les aphasiques à entrer en relation avec leur entourage.

Le tour de force de Marcel Simard est sans doute d'avoir réussi à établir un contact direct avec le spectateur. Par la forme utilisée, les choix de mise en scène et la qualité du jeu des acteurs, il contourne les obstacles à la communication qui sont le lot quotidien des aphasiques. Leurs difficultés d'expression s'effacent devant leur volonté de s'exprimer. Souvent même, le rire balaie la gêne que l'on peut éprouver face à un handicap mal connu. Et, la gêne partie, le champ est libre pour l'émotion et la compréhension.

Olivier Franssen, Médiathèque de la Communauté française de Belgique. ■

En direct de la Médiathèque

Voici la liste des nouvelles acquisitions de la collection Education pour la Santé:

Les maladies sexuellement transmissiblesSA1914
Jean-FrançoisSA 2072
La vie... à petits pasSA 1896

Série "L'amour en France"

1. Le sesque des angesSW 8121
2. D'une femme, l'autre.SW 8122
3. A quoi rêvent les jeunes fillesSW 8123
4. Il faut être deux pour danser le tangoSW 8124
5. Eteins la lumière, chéri... ..SW 8125

Note: les épisodes 2 et 4 sont moins destinés à une utilisation pédagogique.

Aussi disponible à la Médiathèque

Série "L'odyssée de l'esprit"

1. Les états du cerveauSA 2221
2. Langage et communicationSA 2224

Les quatre épisodes suivants seront disponibles ultérieurement.



Pour d'autres informations sur ces programmes, contactez Eric Vandersteenen - Médiathèque de la Communauté française de Belgique - Education pour la santé - Place Flagey 18 - 1050 Bruxelles (Tél.: 02/640.38.15 - Fax 02/640.02.91).

■ Votre pharmacien vous conseille

Le Quotidien du Pharmacien, une société française éditant divers documents destinés aux pharmaciens, a publié un "Petit dictionnaire de la santé". Ce guide s'adresse au grand public, qui y trouvera des "réponses claires et précises aux questions qu'il se pose sur sa santé et celle de sa famille". Il se veut avant tout un objet de dialogue avec le médecin généraliste et surtout le pharmacien.

Ce document a été conçu par des spécialistes de la santé et de la communication, puis il a été agréé par le Comité français d'Education pour la Santé. Cela signifie en clair qu'il porte la double signature du Quotidien du Pharmacien et du CFES, qui lui apporte une sorte de caution morale.

Ce qui nous ennuie un peu dans ce document, c'est qu'il est parsemé de publicités de firmes pharmaceutiques, principalement pour des produits de parapharmacie, et que ces publicités sont très habilement placées. Jugez plutôt: après un article sur la colopathie vient une publicité pour un médicament contre les troubles digestifs divers; en regard de l'article sur la fatigue, une publicité pour un médicament contre la fatigue; l'article sur la gingivite précède la publicité pour "le spécialiste de l'hygiène de l'appareil dentaire"; jambes lourdes? voici la publicité pour des bas "qui compriment légèrement les jambes et agissent sur la sensation de lourdeur";...



Il n'y a que douze publicités, treize en comptant celle pour le CFES, sur 112 pages au total. Ce n'est pas énorme, mais c'est un peu gênant dans la mesure où cela entretient une confusion entre ce qui est de l'ordre de l'information et la publicité.

Par ailleurs, les textes relatifs aux différents problèmes de santé sont clairs et complets, et globalement ce guide est agréable à parcourir. Même si le procédé est un peu contestable, cela nous semble malgré tout une information assez sérieuse pour le grand public.

Le petit dictionnaire de la santé, 1993, 112 pages, gratuit.

Le Quotidien du Pharmacien, 140 rue Jules Guesde, 92593 Levallois Perret Cedex. ■

■ Une nouvelle encyclopédie médicale

La santé a été de tous temps une des préoccupations majeures de l'homme. Les progrès immenses réalisés depuis une centaine d'années ont transformé la médecine pour en faire une science, non pas exacte, mais plus précise, s'appuyant sur des notions vérifiées ou argumentées.

Les éditions Laffont publient, dans l'excellente collection Bouquins, une nouvelle encyclopédie médicale qui se veut à l'usage de tous.

Après la présentation générale de chaque discipline médicale, l'ouvrage aborde les différentes maladies. Une anecdote vécue ouvre chaque chapitre. Les symptômes, l'examen clinique, les examens complémentaires et le pronostic sont détaillés dans un langage clair. Tous les moyens thérapeutiques à la disposition des médecins sont développés: médicaments classiques, traitements parallèles (homéopathie, phytothérapie...), thérapeutiques de pointe (greffe, microchirurgie, laser...). De nombreuses références complètent les informations. Des extraits de la littérature ou de l'histoire de la médecine agrémentent la lecture de cette encyclopédie.

ROSSANT L., ROSSANT-LUMBROSO J., *Votre santé*, Paris, Ed. R. Laffont, 1993, (Bouquins), 2027p., 1500FB. ■

■ Prévention du sida et formation

Le CEDIF a publié un nouveau dossier qui a pour thème la formation dans le domaine de la prévention du sida. Comme toujours, il nous propose un document de référence en la matière.

Plein de nuances, ce dossier ouvre des perspectives tant dans le domaine de la prévention du sida que dans celui de la formation à la prévention en général.

Participent à ce numéro des intervenants du CEDIF mais aussi Maureen Louhenapessy du Service social des étrangers de Bruxelles, Colette Bériot du Planning familial de Watermael, le Dr De Wit du Service des Maladies infectieuses de l'Hôpital universitaire Saint-Pierre, Bruno Larrose, psychanalyste, directeur du CRAES (Comité Régional d'Aquitaine d'Education pour la Santé),...

Patricia Piron ouvre le débat entre information, prévention et formation. Anne Bregentzer propose la chronique du travail de formation réalisé par le CEDIF depuis 1987. En montrant l'évolution de la stratégie de formation utilisée par le CEDIF, elle nous rappelle les dénominateurs communs à toute formation: la prévention et à toute prévention: l'humain, le dialogue, la relation. Alain Cherbonnier poursuit en posant la question de quelle formation pour la prévention du sida.

Carrefour d'expériences et lieu de rencontres d'approches complémentaires, ce dossier présente également les expériences d'autres intervenants auprès de publics variés: médecins généralistes, jeunes, relais non professionnels,...

Bruno Larrose ouvre le débat sur l'éthique, l'imaginaire sexuel et la prévention du sida.

Pour achever le tour d'horizon proposé, le champ s'élargit à l'éducation sexuelle et affective: historique, réflexions et évaluation sont à l'honneur.

"Prévention du sida et formation", *En Question*, dossier CEDIF, novembre 1993, 64 p.

CEDIF, rue de la Tulipe 34, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/502.68.00. ■

seurs interviews, de durée variable, avec beaucoup de courtoisie et de collaboration. Cet échantillon composé d'un C.P.A.S. (il n'y en a qu'un par commune) et de 3 organisations mutualistes locales font l'objet des 4 cas détaillés ci-après.

Au préalable, il est nécessaire d'apporter quelques précisions sur les caractéristiques de ces organismes et sur le segment de leurs activités qui a fait l'objet de l'observation.

2. Caractéristiques institutionnelles des structures

C'est la loi du 8.7.1976 qui régit le fonctionnement du C.P.A.S. Il est administré par le Conseil d'Aide Social dont les membres sont désignés par le Conseil Communal. Le Conseil d'Aide Sociale est composé pour un tiers (et pas plus) de Conseillers Communaux et les membres restants sont présentés par un ou plusieurs Conseillers Communaux. Il est donc possible d'y inclure des représentants de la population ou de la clientèle.

Les mutualités sont une autre catégorie d'organismes qui interviennent dans les soins de santé primaires. Elles gèrent, avec les Alliances Nationales, l'Assurance Obligatoire et l'Assurance Libre Complémentaire (ALC).

L'Assurance Obligatoire est leur première mission:

- l'exécution de l'Assurance Maladie-Invalidité (AMI) est régie par la loi et les Arrêtés Royaux;
- c'est une tâche obligatoire reliée aux activités médicales (remboursement des frais médicaux essentiellement).

(Une deuxième mission, plus intéressante à observer pour la circonstance, s'ajoute à la première. Il s'agit de l'Assurance Libre Complémentaire:

- elle couvre ce que l'AMI ne peut assurer, afin d'offrir à tous l'accès à des soins de santé de qualité;
- elle est financée par une cotisation complémentaire acceptée volontairement par tous les membres;
- elle est basée sur la solidarité et l'entraide; il y a peu la notion de bien-être des usagers a été mise en évidence. La mutualité gère elle-même ces finances en toute liberté;
- elle ouvre des services d'aide, de protection, de guidance, de forma-

tion et d'éducation, qui répondent à ses objectifs et aux besoins de ses membres.

On le voit, c'est essentiellement au travers de l'ALC que le membre cotisant volontaire et consommateur de services pourrait être le plus à même d'exercer son pouvoir de participation, d'initiative et de contrôle, au niveau local et national de sa mutualité.

C'est sous cet angle, - les possibilités de participation aux décisions - que sont orientées les observations ci-après.

Résultat

1. L'analyse de cas

Cas n°1, le C.P.A.S.

Le Service Social issu du Conseil d'Aide Sociale doit exécuter les dispositions du législateur: "toute personne a droit à l'aide sociale. Celle-ci a pour but de permettre à chacun de mener une vie conforme à la dignité humaine".

A cette fin, le service social développe divers services (aide aux familles, soins à domicile, aide ménagère, repas chaud).

Il travaille également en partenariat d'action sociale avec d'autres services sociaux locaux ou régionaux.

S'il est une structure dont la population se trouve au coeur même des préoccupations, c'est bien le C.P.A.S.

Dire, par contre, que la population participe aux services qui lui sont destinés, serait sans doute excessif, même si les mécanismes sont prévus à cet effet et si des efforts sont tentés dans ce sens.

Sur le plan réglementaire, il est prévu que 2/3 des membres du Conseil d'Aide Sociale peuvent être occupés par des personnes issues de la population, et qui ne sont donc pas élues au suffrage direct du Conseil Communal.

Ces membres associés par voie de cooptation pourraient donc, dégagés des contraintes politiques, exprimer les besoins et souhaits de telle ou telle catégorie de la population et servir de porte-voix à ceux qui ne sont pas autrement représentés.

La réalité des choses, sans exclure cette éventualité, montre que cette repré-

sentation a tendance à prolonger la composition du Conseil Communal et en épouser sa politique. Mais, si l'esprit est ouvert et les représentants désignés informés et actifs, la structure légale offre en tout cas une opportunité de participation potentielle. Le reste est affaire de personnes et de mentalité.

Au niveau du Service Social, les usagers ne sont guère davantage que des consommateurs de biens et de services. Leur situation de soumission de fait ne leur donne guère de voix participative. Même si les professionnels souhaitent la participation des clients assistés, dans le but de leur rendre dignité et de prendre en considération les besoins qu'ils expriment, la réalisation de cette participation postulerait une disponibilité, un mode de fonctionnement et une abnégation que l'on ne peut espérer actuellement qu'à certains moments.

Un autre type de participation horizontale est imposé par le législateur. Il s'agit de la coordination inter-services d'aide sociale.

Cette imposition vise à stopper la multiplication des interventions auprès des personnes et peut être source d'enrichissement pour la qualité des services.

Notre observation nous permet de dire que la population est représentée dans le CPAS par des personnes qui ne sont reliées à cette population par aucune structure formelle directe.

Cas n°2, un premier organisme mutualiste

La base de l'organisation de cette mutualité dite Mutualité A (M.A.) est son éclatement en cellules locales et son fonctionnement essentiellement fondé sur le bénévolat. Même les délégués locaux sont bénévoles ou simplement bénévoles dédommagés. Ils ont leur résidence sur les lieux-mêmes et dans le quartier de la zone d'intervention.

Les services d'aide qui sont issus de cette organisation, de même que les organisations satellites qui répondent aux besoins spécifiques de la population (âge, handicap), fonctionnent sur le même principe. Même s'ils sont autonomes ou constitués en ASBL, ils travaillent dans le même esprit, en parallèle ou en collaboration avec la mutualité.

Un exemple peut illustrer ce fonctionnement: la nécessité de créer un service d'entraide s'est manifesté au sein de la région. C'est au départ des délégués locaux, bénévoles et intégrés dans les quartiers, que ces besoins sont apparus et ont été rapportés aux instances supérieures. C'est ensuite, au terme d'un congrès réuni pour la circonstance et très animé, que les membres, les délégués, les responsables du comité et les organismes satellites, en ont décidé la création.

Il est à noter que les comités sont constitués de 40 élus issus de la population et qu'ils sont bénévoles.

Cas n°3, une autre organisation mutualiste

Le principe de fonctionnement de cette organisation mutualiste s'apparente au type vertical. Il ressemble au modèle des sociétés d'assurance (apport financier - distribution des services - dirigeants - bénéficiaires).

Le volume des cotisations d'ALC permet la mise en place et l'organisation des services d'aide ou de bien-être de plus ou moins grande envergure. Ces services sont bien entendu développés pour répondre aux besoins et aux demandes des adhérents. Ce sont les employés des bureaux locaux, qui, au cours des réunions, répercutent les desiderata et besoins des clients.

Ces réalisations doivent en outre correspondre aux stratégies globales de la mutualité.

Hormis l'information reçue par un journal mensuel et l'accession aux avantages distribués, il n'existe guère dans cette organisation de participation active des adhérents.

Cas n°4, la dernière organisation mutualiste

C'est au départ d'un document de l'organisation que l'on découvre le bilan de travail et les objectifs de la mutuelle C (M.C.).

Dans un souci de transparence et d'efficacité, ce document très complet détaille la ventilation financière de l'A.O. et les avantages de l'A.L.C., ainsi que les services qui en sont issus. Il n'est pas destiné à informer la population mais à donner une photographie de cette mutuelle et à en apprécier les activités.

Dans la perspective du rôle social et humain de la M.C., une place est réservée à la promotion de la santé. On peut y décoder les mécanismes de fonctionnement et de recherche de participation. On y souligne en effet la nécessité d'informer les préposés aux guichets pour qu'ils soient à l'écoute des membres et on y présente également, l'utilité de développer un organe déjà existant, issu de la population et orienté vers elle.

Cet organe (qualifié ici O) a rénové ses structures pour assurer son rôle:

- il est autonome (ASBL) vis-à-vis de la mutualité, mais y est inséré;
- il coordonne plusieurs autres ASBL qui sont des services de promotion sociale, avec lesquels il travaille en communauté de vue et de décisions;
- il a transformé son mode de dialogue avec la population;
- chaque membre d'un groupe local, peut être désigné ou élu et se présenter à chaque instance supérieure;
- il peut donc gravir tous les échelons de l'organisation et ainsi, d'Assemblée Générale en Assemblée Générale, se trouver au niveau national;
- il pourra y exprimer les besoins du groupe de base et lui transmettre les orientations nouvelles.

Le groupe O a remodelé sa structure, dans cette volonté d'être proche de la population à savoir: donner son avis en des domaines qui l'intéressent - participer aux décisions - être élu aux Assemblées Générales.

2. Vue d'ensemble des modalités de participation

Comme on peut le constater, les efforts de plus grande participation prennent des formes très différentes d'une situation à une autre. Sans doute faut-il y voir l'influence de l'objet social des organismes, de leur histoire et des caractéristiques sociologiques et culturelles de leur population.

Une chose est certaine: l'existence d'un cadre juridique unique et impératif n'entraîne pas automatiquement, ni la participation dans les faits, ni des modalités de participation identiques. On ne suscite pas la participation par décret, mais on peut par ce moyen, assurer certaines conditions de réalisation.

Au travers d'un premier regard sur les organismes observés, on peut déjà identifier différents mécanismes d'association des membres au fonctionnement des structures et les classer sommairement selon quelques critères de participation et suivant les modalités de fonctionnement qui s'ensuivent.

Critères de participation

- L'information constitue le niveau le plus élémentaire de participation. Comment "agir" sans "savoir"? L'information est présente au travers des publications des organisations, c'est-à-dire dans trois cas sur quatre.
- Les organismes observés offrent par nature un certain nombre de services. Mais en général, ils n'autorisent pas les usagers à donner leur avis, encore moins à les organiser eux-mêmes (exemple du cas n°1).
- Seul le cas n°2 témoigne d'une certaine association des usagers aux prises de décision. Mais cela se manifeste dans un domaine qui concerne un service particulier.
- A l'exception du démarrage du service d'aide évoqué ci-dessus, aucun exemple de consultation ne s'est manifesté.
- On observe dans le cas n°4 un certain effort d'incitation à la participation sous différentes formes. Mais cette initiative nouvelle procède exclusivement des dirigeants. Les membres n'ont rien sollicité.
- Quant à l'outil formel de participation qui est le vote, il existe dans le groupe O (cas n°4) pour choisir les représentants, mais aussi dans le cas n°2 pour approuver ou refuser une proposition. Il est à remarquer que dans le cas n°1, une large participation est prévue par le législateur mais ne semble pas réalisable dans le contexte actuel.

Modalités de participation

- La collaboration inter-services, telle qu'observée dans le cas n°1, offre une modalité élémentaire de participation dans la mesure où des informations relatives aux besoins de la population sont recherchées et échangées. Cette collaboration fonctionne à l'intérieur de la coordination sociale, puisque dans une même région, les professionnels de divers services d'aide doivent coor-

Lu pour vous

Santé Pluriel

Pour terminer l'année 93, l'équipe de PROMES - ULB a réalisé deux numéros de Santé Pluriel: l'un portant sur le bien-être psychosocial des jeunes, l'autre sur les médecins généralistes, prévention et éducation pour la santé.

Le bien-être psychosocial des jeunes

Ce numéro part des données issues de l'étude sur les comportements de santé et du mode de vie des jeunes réalisée en 1990 sous l'égide de l'OMS.

Durant un an, à raison de plusieurs réunions, quatre groupes ont été constitués dans le but d'exploiter les données récoltées lors de cette enquête. Les thèmes suivants ont été travaillés: santé mentale, alimentation, assuétudes et médicaments.

Le travail effectué par ces groupes a permis une interprétation plus nuancée et affinée des données et a ouvert ainsi de nombreuses pistes en matière de prévention.

Le pôle principal étudié dans ce Santé Pluriel n°11 est la santé mentale. D'autres numéros à venir concerneront les trois autres thèmes.

Le bien-être psychosocial des jeunes. Résultats partiels de l'enquête comportements des jeunes 1990, PROMES - ULB, Santé Pluriel n° 11, 1993, 29 p., 200 FB.

Médecins généralistes, prévention et éducation pour la santé

Les médecins généralistes sont souvent le premier recours dans notre système de santé, ils jouent un rôle fondamental dans le contact avec la population. Leur rôle de prévention et d'éducation pour la santé est cependant souvent laissé de côté au profit de leur action curative. Les Docteurs Luc Berghmans et Alain Lévêque développent plusieurs aspects de la pratique préventive des médecins généralistes: profil de leurs pratiques, attitudes par rapport à la prévention, connaissances des données de santé publique et pratiques préventives rapportées par les généralistes.

Quelques commentaires permettent une réflexion concernant le développement des pratiques préventive et éducative en médecine générale.

Berghmans L., Lévêque A., Piette D., Médecins généralistes, prévention et éducation pour la santé, PROMES - ULB, Santé Pluriel, n° 12, 1993, 24 p., 200 FB.

PROMES, Ecole de Santé Publique ULB, route de Lennik 808 - CP 596, 1070 Bruxelles. Tél.: 02/555.40.81. ■

■ Vieillesse et santé

La croissance très importante du nombre de personnes âgées, surtout celles de plus de 85 ans, va nécessiter une assistance et une prise en charge croissantes. De plus, le vieillissement dans de bonnes conditions de cette catégorie de la population passe par une prévention et une recherche à développer.

On estime qu'en France, par exemple, la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans dépassera 20% en 2020, et qu'il y aura 2,5 millions de personnes âgées de plus de 85 ans en 2040. Cependant, la vieillesse ne commence pas pour tous au même âge. Les antécédents, le mode de vie, les maladies, la catégorie socio-professionnelle, etc. jouent un rôle déterminant dans le vieillissement.

Le nombre croissant des personnes âgées dans la population aura pour conséquence une augmentation des dépenses de santé et une modification de leur contenu; les frais d'hospitalisation vont devenir prépondérants. Des services et des prestations divers ont été développés pour apporter assistance aux personnes en perte d'autonomie. Ils intéressent principalement les personnes âgées. Dans les dix ans à venir, le doublement de ces moyens semble nécessaire pour répondre aux besoins.

Ce constat a amené, en France, le Haut Conseil de la Population et de la Famille à formuler une dizaine de recommandations, concernant principalement: la médecine préventive, la politique de santé publique basée sur une politique générale de prévention, la formation des professionnels de santé à la gériatrie-gérontologie, une meilleure connaissance épidémiologique, une meilleure organisation de l'appareil gériatrique-gérontologique,

l'importance des liens familiaux, le développement de la recherche. Ces diverses recommandations ont pour but d'apporter au Gouvernement français, et au Ministère des Affaires sociales, des axes de réflexions sur l'orientation à donner à la politique de la population et de la famille.

Viellissement et santé, Haut Conseil de la Population et de la Famille, Paris, La Documentation française, janvier 1992, 107 pages, 75FF. ■

Education du patient

■ Stratégies éducatives

Dans son dernier numéro, le Bulletin du Patient consacre un dossier spécial aux stratégies éducatives.

Place donc à l'imagination et à la créativité des professionnels. L'aspect ludique des outils présentés témoigne du souhait des soignants de rencontrer le patient, l'autre, dans un dialogue plus intime, source de plaisir et de dédramatisation, l'outil éducatif jouant un rôle de médiation pour une meilleure connaissance soignant/soigné.

Au programme: des marionnettes utilisées dans l'éducation des enfants diabétiques, une poupée "lion" pour l'enfant malade hospitalisé, des jeux de rôles pour des adultes souhaitant améliorer la communication avec leur médecin,...

Mais la prise en charge de la santé n'est pas que l'affaire des professionnels! L'article hors dossier de Geneviève Cresson nous propose une autre façon d'appréhender la prise en charge de la santé dans la vie quotidienne, dans les situations les plus banales de la vie avec des enfants d'une dizaine d'années. A partir de quelques cas concrets et qui n'ont rien d'exceptionnel, Geneviève Cresson nous invite à interroger la réalité de ce qui est effectué par les parents, les mères, les proches, et que l'on a tellement de mal à penser en termes de travail sanitaire.

Bulletin d'Education du Patient, vol. 12, n° 4, décembre 1993. Renseignements et abonnement au Centre d'Education du Patient, rue Fond de la Biche 4, 5530 Godinne. Tél.: 082/61.46.11. ■

un maximum de données d'ordre médical, social, professionnel, culturel et pratique.

Pour ce faire, la Ligue s'est dotée d'une équipe sociale et de différents groupes de travail.

L'équipe sociale

L'équipe sociale de la Ligue se compose des assistants sociaux des différentes provinces, des ergothérapeutes du groupe Logement, de l'animatrice de la Communauté française, des secrétaires et d'une coordinatrice qui assure également l'animation de l'équipe.

L'équipe sociale dispose de différents moyens pour réaliser ces objectifs:

- les permanences téléphoniques organisées dans chaque province au moins une ou deux fois par semaine,
- les visites à domicile,
- les réunions mensuelles,
- les diverses activités mises sur pied.

Les démarches sont personnalisées et répondent toujours à une demande émanant d'une personne atteinte de la sclérose en plaques ou de son entourage. Une méthodologie précise a été mise en place afin de cerner au mieux la demande de la personne et de l'intégrer dans la recherche de solutions.

Un dossier complet est établi pour chaque personne, reprenant entre autres, une étude sociale approfondie et les échanges réguliers de courrier entre les deux parties.

L'accompagnement psychologique y trouve aussi sa place puisque plusieurs visites sont effectuées en fonction de la demande et des besoins de la personne.

Les groupes de travail

Pour répondre aux besoins plus particuliers de ses affiliés, la Ligue a mis en place des groupes de travail spécifiques. Ils réunissent des personnes atteintes ou non de la sclérose en plaques qui se sont spécialisées dans un domaine déterminé.

Le groupe "loisirs"

- organise dans chaque province des activités de détente: excursions, goûters,...

Le groupe "vacances"

- conseille dans l'organisation des vacances;

- organise des séjours dans des lieux adaptés aux personnes à mobilité réduite.

Le groupe "législation"

- répond aux questions touchant tous les domaines de la législation: aides possibles, avantages, droits,....;
- oriente pour défendre les droits des membres.

Le groupe "emploi"

- conseille les personnes ayant la maladie et les employeurs;
- propose des informations sur la législation du travail, sur les possibilités d'aides financières,....;
- étudie les possibilités d'adaptation du poste de travail.

Le groupe "logement et accessibilité"

- guide dans la construction et l'aménagement du logement;
- fournit des conseils techniques;
- assure le suivi des démarches administratives;
- dispose d'un service de prêt de matériel (toilette, habillement, repas, commandes à distance,....);
- apporte des aides financières (prêts, dons,....).

Le groupe "documentation"

- met à la disposition de tous des documents, revues, articles divers (informations sur les traitements, la maladie,....);
- diffuse des brochures abordant divers aspects de la vie avec la maladie: Vivre avec la SP, SP et kiné,....

Le groupe "La clef"

- réalise la revue trimestrielle "La clef". Cette revue est un lieu d'informations et d'échanges entre tous les affiliés.

Le groupe "information et rencontre"

- organise des conférences suivies de débats,

- favorise les échanges et la réflexion sur le vécu de la maladie.

La Ligue, c'est aussi la participation de personnes ayant la sclérose en plaques. Leurs expériences et leurs compétences sont essentielles afin que les services proposés soient adaptés aux préoccupations des affiliés.

Pour tout renseignement

Brabant

Permanence de 9h30 à 12h

- Bruxelles: mercredi et vendredi, avenue Plasky 155, 1040 Bruxelles, tél. 02/735.86.21.
- Brabant wallon: lundi et jeudi, rue Tienne à 2 Vallées 10, 1400 Nivelles, tél. 067/84.12.32.

Hainaut

Permanence jeudi de 9h à 12h

- Charleroi: Direction générale des Affaires Sociales, rue de la Bruyère 233, 6001 Marcinelle, tél. 071/36.62.73 ext.434.
- Mons: résidence des Tours, bloc 4 studio 2, 7011 Ghlin, tél. 065/84.02.48.

Liège

Permanences: mardi, mercredi, jeudi et vendredi de 9 à 12h
Rue E. Marneffe 37, 4020 Liège, tél. 041/44.22.62.

Luxembourg

Permanence mardi de 9h à 13h
rue des Raines 2, 5580 Rochefort, tél. 084/21.45.89.

Namur

Permanences lundi de 9h à 12h, jeudi de 13h30 à 16h30
Chaussée de Louvain 367 bte 6, 5004 Bouge, tél. 081/21.27.66.

A paraître prochainement

La version 1994 de l'"Inventaire des groupes d'entraide dans la Communauté française de Belgique" va sortir dans les prochains jours.

Cette brochure de renseignements pratiques est une réalisation de la Cellule Intermutualiste (I.N.M.S.-A.N.M.C).

Pour en savoir plus: Anne Fenaux, Service Promotion de la santé, UNMS, rue St Jean 32, 1000 Bruxelles. Tél.: 02/515.05.85.

donner leurs interventions. Cette collaboration-participation est décrite par le législateur.

- De haut en bas d'une organisation peut également s'instaurer une participation inter-niveaux fructueuse. Tel est le cas d'un service qui jouit d'une certaine autonomie au sein de son organisme de base, dispose de son budget propre et de sa représentation à l'échelon national. Ainsi peut-il défendre son optique personnelle dans l'organisme mutualiste dont il fait partie (groupe O, mutuelle C).
- Dans le prolongement de la modalité précédente, les usagers peuvent être statutairement représentés aux niveaux supérieurs de leur organisation par un des leurs (cas n°2 et 4). Il y a alors une participation-représentation.
- Enfin, la volonté de la participation décrite par *voix législative*, (qui est la forme de participation la plus sophistiquée que nous ayons observée), est dans l'impossibilité de tout prévoir et n'est guère à même de modifier les comportements individuels et collectifs (dans le cas n°1, la législation ne précise pas la provenance du tiers des membres non élus).

Une loi récente instaure pourtant avec précision les modalités de participation des membres au fonctionnement de leur organisation et cela dans un domaine apparemment propice à ce genre de fonctionnement démocratique. Il s'agit de la loi du 06.08.1990 sur les mutuelles qui donne droit aux membres de l'organisation d'être électeurs et élus. Cet exemple privilégié et récent méritait une observation particulière. Elle fait l'objet de la partie suivante de cet article.

3.La nouvelle loi de fonctionnement des mutualités

La loi du 06.08.1990 modifie le fonctionnement des mutualités. Elle remplace la loi de 1894 qui donnait pouvoir aux mutuelles de participer à la gestion de l'AMI.

Cette loi comprend différentes nouveautés:

- élargissement des tâches des mutualités: elles doivent promouvoir aussi le bien-être physique, psychologique et social des membres;

- simplification des structures: les caisses primaires ou sociétés d'entraide disparaissent. Seuls deux niveaux subsistent; les Unions Nationales et les Mutualités (dénommées avant Fédérations), qui bénéficient de la personnalité juridique;
- création d'un organisme d'intérêt public: l'Office de Contrôle des mutualités qui doit superviser les activités des Assemblées Générales et des Conseils d'Administration;
- participation démocratique par le suffrage universel des affiliés, pour élire les membres des Assemblées Générales des mutualités et des Alliances Nationales.

En raison de l'objet de la présente étude, ce dernier aspect de la loi mérite d'être commenté. La mutualité est gérée par l'Assemblée Générale et le Conseil d'Administration. L'Assemblée Générale est l'organe de décision le plus important. Elle décide des statuts, elle approuve les budgets et les comptes. Elle accepte la création de nouveaux services.

Depuis 1992, les membres de la mutualité sont associés à la gestion en faisant partie de l'Assemblée Générale, ils peuvent poser leur candidature et être élus pour six ans. Le législateur définit qui peut être candidat et la manière dont les élections se déroulent, mais c'est à l'Assemblée Générale de fixer les conditions particulières d'éligibilité.

C'est donc à la mutualité qu'incombe le soin de faire appel aux candidats, de communiquer les dates et les conditions à remplir pour être élu. Le législateur a précisé plusieurs modalités pour informer la population. Les mutualités ont préféré, pour des questions de coût, le canal de leurs publications mensuelles pour rendre public l'appel aux candidats.

Comme le seul véhicule d'information pratiquement utilisé est la publication de l'organisme mutualiste, il est utile d'en faire une analyse particulière avant d'aborder l'organisation des élections et le résultat de celles-ci.

La préparation des élections

C'est au travers des pages consacrées aux élections qu'il est possible de discerner le souci d'informer les mem-

bres. Deux mutualités ont procuré rapidement les documents nécessaires aux auteurs de cet article, une troisième a montré moins d'empressement au niveau local mais une coopération complète au niveau national.



Le "visuel" de la campagne d'information sur les élections

La forme des informations

En examinant la mise en page des journaux, on peut émettre l'hypothèse que la volonté de faire participer, quoique variable d'une mutualité à l'autre, présente des caractéristiques communes:

- aucune présentation particulière relative aux élections ne figure en page de couverture;
- le sommaire ne met pas en lumière le problème des élections;
- une seule page, voire même une demi-page seulement, est réservée à cette question;
- un des journaux place toutefois les informations en deux endroits différents: l'un dans les pages générales, l'autre aux feuilles réservées aux communications régionales et ceci sur une double page sous-titrée de rouge. La même mutualité renouvelle le message un mois plus tard, par un encart d'un quart de page.

Le contenu des informations

La façon dont le message est rédigé peut également susciter un intérêt plus ou moins important dans le chef des candidats potentiels. Deux mutualités reproduisent purement et simplement le texte de loi, en mention-

nant les dates et les conditions pour être candidat.

Une mutualité, par contre, témoigne d'un soin spécial à informer plus précisément ses membres. Elle explique quel est le fonctionnement d'une mutualité, le rôle de l'A.G., la place du futur membre de l'Assemblée Générale et la responsabilité qui sera la sienne s'il est élu.

L'organisation des élections

Il n'est pas possible d'examiner point par point le déroulement des élections. Toutefois, quelques modalités significatives prennent place dans certaines publications. Elles sont précisées ci-après.

Les conditions d'éligibilité

Chaque mutualité a la liberté d'ajouter d'autres exigences que celles prévues par la loi. C'est ainsi que la durée d'affiliation requise peut être rallongée, que la résidence peut être obligatoire dans la circonscription où l'on se présente ou que le candidat ne peut se présenter dans plusieurs circonscriptions en même temps. Toutes ces conditions supplémentaires sont autant d'obstacles à l'acceptabilité de la candidature.

Le mécanisme électoral

Pendant la période pré-électorale, les journaux n'indiquent ni le mode de dépouillement des bulletins ni le mode de comptage. Pourtant, la mutualité bénéficie d'une grande liberté en cette manière, la loi ayant négligé ce point.

Il y a réellement élection si le nombre de candidats est supérieur aux places libres. Sinon il n'y a qu'entérinement. Pour deux mutualités, le nombre de candidats était inférieur au nombre d'éligibles. Et c'est précisément dans les mutualités qui ont manifesté le plus de timidité dans l'information qu'il y a eu un déficit démocratique.

Le résultat des élections

L'évaluation des résultats peut être opérée sur la base de critères différents. Une des mutualités évalue la participation de ses membres au nombre de candidats qui se sont présentés pour être élus (1/4 du nombre de sièges attribués), une autre aux

membres qui ont participé au vote (moins de la 1/2 des adhérents). Le deuxième groupe se montre satisfait de la participation tandis que le premier déplore le manque d'intérêt de ses adhérents.

Synthèse

L'organisation des élections à l'intérieur des mutualités, montre les difficultés de l'exercice de la démocratie:

- la complexité des règles de participation écarte le candidat;
- l'information insuffisante ou mal présentée ne capte pas l'attention;
- la réglementation ne garantit pas le scrutin;
- les imprécisions de la réglementation ne guident pas les dirigeants mutuellistes vers l'organisation d'élections démocratiques;
- une réglementation non assortie d'un débat ou d'une formation relative aux changements proposés ou encore, non assortie des moyens financiers, montre que sa réalisation optimale peut rester lettre morte.

Conclusions provisoires

La participation, et bien plus encore le partage des décisions en matière de santé, sont des concepts plein d'ambiguïté. Beaucoup de dirigeants souhaitent que leurs membres participent davantage à l'organisation, y prennent une part active, donnent leur avis et disposent même d'un droit de vote ou de veto.

Dans cette perspective, certains organismes ont modifié la structure de leurs relations internes pour permettre à leurs adhérents d'accéder au plus haut niveau de représentativité. D'autres ont éveillé et formé leurs membres pour progresser dans l'écoute des besoins jusqu'à la réalisation concrète de leurs souhaits. Même le législateur, qui est le dirigeant suprême, a marqué sa volonté d'aller dans le sens d'une plus grande participation, par la loi du 06.08.1990.

Pourtant, on constate que les usagers ou membres ont peu l'occasion de se situer dans leurs nouveaux rôles et d'évaluer l'impact qu'ils pourraient exercer au bénéfice de leur santé.

Si donc la volonté d'aller dans ce sens est manifeste - et pourquoi n'en serait-

il pas ainsi - une longue préparation des mentalités apparaît nécessaire pour modifier les relations de pouvoir qui régissent les relations internes des organismes et même de la société tout entière.

La connaissance, par le relais de l'information, est un des leviers essentiels de cette modification. Les organismes ont certes utilisé leurs publications pour contribuer à cette évolution. Mais certains se sont montrés assez frileux, tandis que d'autres réduisaient l'information au strict minimum. Une grande timidité a donc régné aussi bien du côté des dirigeants - qui ne semblent pas s'être mobilisés pour informer leurs concitoyens - que du côté des membres.

Or par la loi, la mutualité avait pour mission d'informer, de former, d'expliquer les nouvelles règles du jeu et de procéder à des élections démocratiques afin que les membres prennent une place active au sein des nouveaux organismes.

En somme et pour reprendre un distinguo très présent dans certains milieux, un grand pas serait franchi dans le sens souhaité si la participation de type "avoir part à" faisait place à un comportement de type "prendre part à". "Avoir part à" signifie subir les choses et les décisions. "Prendre part à" suppose une attitude active, positive, où la responsabilité de la personne est engagée.

Cette évolution s'accompagne obligatoirement d'un aménagement des prises de décision, d'un apprentissage difficile à la prise de responsabilité et d'un partage délicat des pouvoirs conduisant l'individu à se réapproprier son autonomie en matière de santé. Un effort pédagogique est probablement indispensable pour accéder à une plus grande démocratie institutionnelle.

L'interpellation et l'interrogation des personnes concernées, tant de la population que du secteur médico-social, donneront peut-être l'itinéraire à emprunter pour atteindre cet ultime objectif. La suite du présent travail tentera d'y contribuer.

Jeannine Chantraine, Observatoire de la Santé du Hainaut, et **Danielle Piette**, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles

Entraide

Les mots perdus

L'aphasie

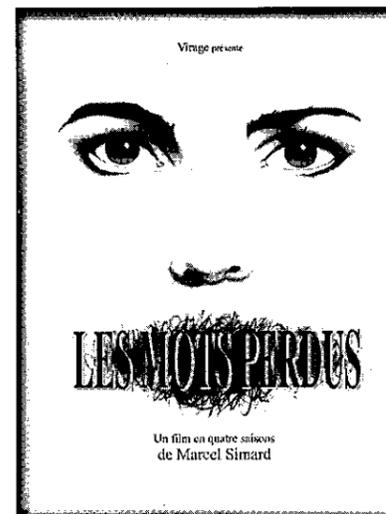
Il y a 30.000 aphasiques en Belgique. L'aphasie est un handicap provoqué par un dommage au cerveau dans la zone du langage. Ce dommage résulte le plus souvent d'un traumatisme crânien, d'une tumeur cérébrale ou d'un accident cérébro-vasculaire. Plusieurs formes du "langage" peuvent être touchées: la conversation, la lecture, l'écriture, le calcul; souvent l'aphasique n'arrive plus à nommer des objets, ne retrouve plus le nom des personnes qu'il connaît, ne peut même pas répondre par oui ou non.

Il arrive aussi qu'une personne devenue aphasique à la suite d'un dommage cérébral présente d'autres déficits. Le plus fréquent est la paralysie du côté droit affectant la jambe, le bras et la face si la paralysie est complète.

Tous conservent cependant une intelligence intacte et sont parfaitement conscients de leur trouble, ce qui rend leur situation particulièrement pénible.

La rééducation logopédique est donc très importante parmi l'ensemble des traitements: elle permet d'exploiter au maximum les territoires voisins des zones lésées. Cette rééducation peut durer, dans certains cas, de nombreuses années.

Pour rompre l'isolement dans lequel l'aphasique et son entourage se re-



trouvent souvent, une association (1) s'est créée, qui a pour but d'aider les aphasiques à retrouver le langage en s'encourageant et se valorisant mutuellement lors de réunions amicales bimensuelles.

Une tournée de sensibilisation

Marcel Simard, un cinéaste québécois, a réalisé un film sur cet univers brisé par l'aphasie, "Les mots perdus" (2), avec l'aide des associations d'aphasiques québécoise, française, suisse et belge.

La sclérose en plaques

Plus de 12.000 personnes vivent avec la sclérose en plaques dans notre pays. C'est une maladie neurologique des jeunes adultes. Les premiers symptômes apparaissent entre vingt et quarante ans.

La sclérose en plaques est une maladie de longue durée qui évolue par étapes de manière différente pour chaque personne. Des gestes quotidiens effectués hier sans difficulté peuvent aujourd'hui poser problème.

La personne atteinte de sclérose en plaques et son entourage devront faire de

nouveaux choix pour vivre le mieux possible. Ces choix touchent tous les domaines de la vie: les loisirs, les relations dans le couple, le travail, l'habitat...

Pour conserver un maximum d'activités, sociales et professionnelles, les uns feront régulièrement de la kiné ou du yoga, d'autres aménageront leurs horaires de travail, leur habitation ou repenseront la répartition des tâches dans leur couple...

La Ligue Belge de la Sclérose en Plaques poursuit quatre objectifs fondamentaux:

Le projet qui sous-tend la sortie de ce film est de fournir les instruments et un appui technique aux associations locales des personnes aphasiques, sous l'égide de leurs Fédérations respectives, afin que s'organise dans tous les quartiers, localités et villes d'Europe une campagne de sensibilisation sur l'aphasie.

Les objectifs de cette tournée sont:

- toucher les personnes souffrant d'aphasie et rompre leur isolement;
- impliquer directement les aphasiques et les entraîner à prendre en main une activité favorisant une meilleure insertion dans la société;
- faire connaître au plus grand nombre la nature réelle de l'aphasie;
- chercher à susciter une réflexion auprès des professionnels et des organismes concernés par l'aphasie et les personnes aphasiques.

En résumé, en plus des objectifs de sensibilisation et d'information, cette campagne animée par des aphasiques eux-mêmes donnera un élan aux associations locales et aux fédérations nationales.

- (1) Fédération Belge des Aphasiques Francophones, chaussée de Louvain 795, 1140 Bruxelles, tél. 02/736.96.79, fax 02/675.12.42. Des groupes existent aussi à Liège, Mons, Charleroi, Namur-Dinant et Libramont et environs.
- (2) Vous pouvez lire la présentation des "Mots perdus" dans ce numéro, à la rubrique "Vu pour vous".

rantir les qualités scientifiques et morales.

A côté du CCAD, d'autres organismes ont eu l'occasion de donner leur avis au Ministre avant qu'il ne prenne sa décision: le Centre Coopératif de la Consommation, le CRIOC, Question Santé, la Croix-Rouge de Belgique, l'APES, et l'ICAN.

A la suite de quoi, le Ministre a adressé une circulaire on ne peut plus claire au monde de l'enseignement, auquel il conseille la plus extrême prudence vis-à-vis d'un projet qu'il ne peut autoriser.

En effet, après avoir consulté de nombreuses organisations spécialisées en éducation pour la santé, notamment le CCAD et l'Inspection Médicale Scolaire, j'ai jugé que ce projet n'offrait pas toutes les garanties requises avant de franchir les portes de l'école.

Voici les principales critiques:

1. la dépendance des porteurs du projet vis-à-vis du secteur des vins et spiritueux ne garantit pas l'objectivité de la démarche et pose des questions sur le plan éthique;
2. l'absence de concertation constructive avec les organisations spécialisées en éducation pour la santé et le CCAD n'assure pas le professionnalisme indispensable au suivi du projet;

3. l'absence d'effets pervers d'un programme promu par le secteur commercial pour un produit potentiellement nocif pour la santé et dont la charge émotionnelle est importante, n'est pas démontrée;

4. l'hypothèse de travail ainsi que l'efficacité de la méthode quant au but poursuivi n'étant pas démontrée, le projet aurait dû se limiter à un cadre expérimental rigoureusement délimité et contrôlé de manière indépendante;

5. la mise en oeuvre d'une stratégie d'installation et d'évaluation aurait dû être exactement établie et surveillée par un organisme spécialisé et reconnu.

En tant que Ministre de l'Education, j'attire donc votre attention sur les responsabilités qui sont les vôtres en tant qu'éducateurs et vous recommande la plus grande circonspection.

Et du côté flamand?

Bien entendu, ce genre d'initiative ne s'arrête pas à la frontière linguistique, et les responsables de Forum se félicitent de ce que leur programme a été intégré dans le catalogue "Dynamo2", "qui propose aux écoles des initiatives valables regroupées selon différents thèmes, dont "l'école pour la santé". Le programme est donc testé cette

année scolaire avec l'approbation du Ministre de l'Education.

Alors, y a-t-il une Belgique à deux vitesses en ce qui concerne le partenariat entre le secteur privé et la communauté éducative?

Renseignement pris au V.A.D., le pendant néerlandophone du CCAD, un groupe de travail sur l'éducation pour la santé dans l'enseignement a pourtant remis un avis défavorable au Ministre. Cet avis porte aussi bien sur le programme lui-même (il y a carrément des dégustations prévues) que sur la nature de ses promoteurs et sur le problème d'une prise en charge de modules d'éducation pour la santé en milieu scolaire par des intervenants extérieurs, qui freinent l'autonomie des enseignants en cette matière.

En somme, si l'appréciation des ministres diverge, les experts sont (heureusement) sur la même longueur d'onde.

Texte réalisé sur base d'informations fournies par le CCAD et le VAD, que nous remercions.

Pour en savoir plus:

CCAD, M. Luc Bils, rue de Hal 34, 1190 Bruxelles. Tél.: 02/332.02.92.

VAD, Mme Marijs Geirnaert, G. Schildknechtstraat 9, 1020 Brussel. Tél.: 02/422.49.69. ■

Bibliographie

- BAIS, FOLMES-ANDERSEN, BREDESEN, LOFT ET SEJR. Stratégie pour composer avec les variations géographiques, dans l'utilisation des services de santé au Danemark. Revue Belge de sécurité sociale note documentaire 1989;631-643.
- BICHMAN, RIFKIN ET SHRESTHA. Peut-on mesurer le degré de participation communautaire? Forum Mondial de la santé 1989;10:513-519.
- BOCHEL & MACLAREN. In: Boaden & al. Public participation in the local services. London: Longman 1982 (108-121).
- CARPET, DEFEY, LAMBERT. Les élections mutualistes: un essai à transformer. Bruxelles 25 mai 1992 (Conférence de Presse Ecolo)
- CLUB EUROPÉEN DE LA SANTÉ. Participation Communautaire en Promotion de la Santé. Rapport de la journée d'études du 16.12.88 à Bruxelles archives Belges de Médecine Sociale d'Hygiène du Travail & de Médecine légale 1988;46:461-515.
- COLIN R. Synthèse des Débats de la réunion d'experts UNESCO. Dakar 14.12.1979. Paris: Institut International de Recherche et Formation 14/12/1979.
- COMMISSION MÉDICALE CHRÉTIENNE. Santé: Facteur humain. Réflexion sur la santé, le développement et la participation communautaire. Contact 1982;2:3-8 (numéro spécial).
- GODBOÛT J. La participation contre la démocratie. Montréal: Editions coopératives Albert Saint-martin 1983.
- GODBOÛT J. Is consumer control possible in health care services? The Quebec case. International Journal of Health Services 1981; 11: 151-167.
- JUSTAERT, HUYBRECHS, MOORTHAMER, FREYS ET REUBENS. Loi sur les mutualités. Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes 1990, dossier 21.
- KRASNIK ALLAN. Comment amener la population à prendre elle-même en charge sa propre santé: une expérience danoise. Impact; 143:299-307.
- MARTIN J. L'action éducative dans les soins de santé de base. Participation, pertinence et pluridisciplinarité à la périphérie de Lausanne. Conférence Internationale d'Education pour la Santé Ottawa 1976
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, SANTÉ ET BIEN-ETRE SOCIAL CANADA. Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé. Ottawa: Première Conférence Internationale pour la Promotion de la Santé, 17-21 nov. 1986.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, (Bureau régional de l'Europe). Promotion de la Santé, une base de discussion sur le concept et les principes. Copenhagen: Organisation Mondiale de la Santé 1983.
- O'NEIL M. Community Participation in Quebec's Health System: A strategy to Curtail Community Empowerment. International Journal of Health Services 1992;22:287-301.
- PALMER ET ANDERSON. Evaluation de la participation communautaire. Statistique Mondiale 1986. (Rapport trimestriel).
- PIETTE D. Community participation in formal decision-making mechanisms. Health Promotion International 1990; 5:187-197.
- RODRIGUEZ L. Participation formelle dans les soins de santé. Mémoire de fin d'étude de Licence Spéciale en Santé Publique, Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles 1989.
- VUORI H. Community participation in primary health care, a mean or end? In: World Health Organization Regional Office for Europe (Copenhagen). Patterns of community participation in primary health care (Unedited ICP/PHC 301/s01) 1983 (1-17).

Action Sport Santé

Sensibiliser l'enfant à l'importance de son capital santé en lui faisant prendre conscience de la nécessité d'adopter des comportements sains: tel est l'objectif que se sont assignés les partenaires réunis autour du projet Action Sport Santé.

A l'initiative de la Mutualité du Pas-de-Calais et du Comité Départemental d'Athlétisme du Pas-de-Calais, en collaboration avec divers organismes du monde de l'enseignement et du

sport, une bande dessinée est née, destinée aux 68.000 enfants de l'enseignement primaire public et privé du département.

Plusieurs thèmes sont abordés dans la bande dessinée: le sommeil, l'alimentation, l'hygiène corporelle. Ils sont associés à la notion du groupe et pourront, à partir du livret pédagogique réalisé par un médecin du sport, être développés par l'enseignant en classe.

L'Action Sport Santé se compose donc de la bande dessinée, du livret du maître et d'une affichette annonçant un concours ouvert aux classes. Celui-ci doit permettre la compréhension des thèmes abordés par les enfants qui devront imaginer avec leur classe une suite à la bande dessinée.

Informations: Mutualité du Pas-de-Calais, Sylvie Lebreux, rue E. de Lannoy 3, F - 62012 Arras cedex, tél. 21.22.84.14. ■

Grain de sable : évaluation d'un spectacle de marionnettes

Introduction

En réponse aux problèmes de santé et aux besoins éducatifs en matière de sommeil chez les enfants, développés dans un précédent article (Education Santé numéro 71 octobre 1992 pp 7-10) et exprimés à travers des demandes de parents, le service Infor Santé des Mutualités Chrétiennes de Namur a pris l'initiative, il y a quelques années, de réaliser un matériel d'éducation pour la santé sur le thème du sommeil, destiné aux enfants et adapté au cadre de l'école primaire.

Le choix s'est porté sur un spectacle de marionnettes présenté dans les écoles. Un dossier "Contenu" a été réalisé par le service Infor Santé. André Lange, un professionnel du spectacle, a été sollicité pour la mise au point du scénario, des marionnettes, du décor, de l'ensemble du matériel et de la préparation des comédiens (troupe des Zygomars). Cette démarche a abouti à un spectacle de qualité où 2 marionnettes, Mélanie et son pépé, nous apprennent ce qu'est le sommeil, le rêve, le cauchemar, comment faire pour passer une bonne

nuit, pour éviter une mauvaise nuit, bien se réveiller,... Ce spectacle est constitué d'un ensemble de techniques fort variées destiné à susciter l'intérêt et l'attention des enfants: castelet mobile, théâtre d'ombres, jeux de lumières, grand train électrique, les 2 marionnettes, animations sous forme de questions-réponses avec les enfants, chanson et musique entraînantes.

Ne s'en tenant pas aux impressions de succès du spectacle, le service Infor Santé a souhaité réaliser une évaluation objective du spectacle. Cette

évaluation est prise en charge par le Département de Psychologie des Facultés Notre Dame de la Paix à Namur avec le soutien de l'APES (Association pour la Promotion de l'Éducation pour la Santé). Nous livrons ici quelques résultats.

Méthodologie

Echantillon

L'évaluation s'est déroulée dans une école de Braine-Le-Comte et le recueil de données a pris une journée.

L'échantillon, pour notre expérience, comprenait des élèves de 3e, 4e et 5e années primaires, soit 155 élèves. Remarquons que l'échantillon et les questionnaires utilisés sont différents de ceux auxquels l'article précédent (Education Santé numéro 71 octobre 1992) fait référence (ce dernier correspond à l'évaluation de la version vidéo-gramme). Il ne faudra donc pas s'étonner de trouver des différences dans les chiffres présentés.

Plan expérimental

Nous avons réalisé 2 groupes, 1 expérimental et 1 contrôle, comprenant chacun des élèves de 3e, 4e et 5e primaires. Notons que le mélange de ces classes représente la situation naturelle la plus fréquente pour la diffusion du spectacle. La composition des groupes est faite au hasard (fig. 1).

Le premier groupe (EXP) est soumis au schéma pré-test-spectacle-post-test; le second, le groupe témoin (CTR) est soumis au schéma pré-test-post-test, n'assistant au spectacle

groupe expérimental	3e année	26 élèves
	4e année (A)	18 élèves
	4e année (B)	21 élèves
	5e année	21 élèves
	TOTAL	86 élèves
groupe contrôle	3e année	25 élèves
	4e année	24 élèves
	5e année	20 élèves
	TOTAL	69 élèves

fig. 1: composition des groupes

1. retenir un "truc" pour bien dormir
2. savoir pourquoi parfois on ne dort pas
3. à quoi sert de rêver
4. rêve-t-on en noir et blanc ou en couleur
5. comment réveiller quelqu'un qui dort
6. quand aller dormir
7. pourquoi on a sommeil
8. comment on sait qu'on a sommeil
9. on rêve toutes les nuits
10. on peut faire plusieurs rêves par nuit
11. le corps n'est pas immobile quand on dort
12. on respire quand on dort
13. le coeur bat quand on dort
14. rêver ne veut pas dire être malade
15. trop manger = mal dormir
16. film d'horreur = mal dormir
17. on ne doit prendre des cachets que si on est malade
18. lait chaud = bon sommeil
19. bon bain = bon sommeil
20. brusque réveil = mauvais réveil
21. on ne doit pas tous dormir le même nombre d'heures

tableau 1: objectifs spécifiques

groupe expérimental	groupe contrôle
pré-test	pré-test
spectacle	
post-test	post-test

fig.2: procédure expérimentale

qu'une fois l'expérience accomplie (fig. 2)

Aucun contact n'est possible entre les 2 groupes entre le pré-test et le post-test. Pendant que le groupe EXP assis-

te au spectacle, le groupe CTR reçoit un cours ou suit une activité sans rapport avec le sommeil.

Outils d'évaluation

Pour le recueil de données, notre choix s'est porté sur le questionnaire rapide et individuel (chaque élève), adapté au niveau des enfants de manière à être compréhensible et agréable. Réalisé avec l'aide d'un spécialiste, ce questionnaire a été testé préalablement et remodifié en vue de répondre à ces critères.

Un questionnaire a été mis au point pour le pré-test, un autre pour le post-test.

Dans l'élaboration du questionnaire nous avons veillé à tenir compte des aspects informatifs (connaissances apportées par le spectacle) et de la forme du spectacle.

Pour évaluer les connaissances acquises grâce au spectacle, nous avons élaboré 21 questions correspondant à 21 objectifs spécifiques (tableau 1) qui se retrouvent au pré-test et au post-test. Nous avons également joint des questions spécifiques au post-test portant sur l'information du spectacle et impossibles à formuler au pré-test.

Culture alcoolique

L'an dernier, le Forum pour la consommation responsable de boissons alcoolisées asbl a proposé au Ministre de l'Éducation de l'époque, Elio Di Rupo, un module éducatif intitulé "Campagne pour le développement et l'éducation du goût".

L'ambition du module est d'aider les jeunes, qui sont confrontés tous les jours à de nombreux messages concernant les boissons alcoolisées, de l'interdire pur et simple aux modèles de consommation excessive.

"Une pédagogie de la dégustation devrait amener les jeunes à une culture de table, ce qui implique une appréciation de tous les ingrédients qui contribuent à un repas harmonieux, tout en sachant les consommer avec modération".

Une bonne idée?

Une asbl se proposant de développer la culture culinaire des adolescents, sans omettre la dimension alcoolique, à première vue rien que de sympathique. On voit déjà Jean-Pierre Coffe s'extasier sur pareil projet.

L'asbl souhaitait expérimenter le programme dans des classes de l'enseignement secondaire au cours de l'année scolaire 93-94.

De sérieuses réticences

Interrogés par le Ministre, quelques organismes spécialisés dans le domaine de la consommation ou de l'éducation pour la santé ont fait part d'appréciations diverses mais rarement positives. Le commentaire du CCAD (Comité de Concertation sur l'Alcool et les autres Drogues) en est une bonne illustration, et permet de se rendre compte des effets pervers potentiels d'une initiative rien moins qu'ambiguë.

Nous reprenons ici une partie des conclusions de Luc Bils, Directeur du CCAD:

Forum est une émanation de la Fédération Belge des Vins et Spiritueux, fi-

nancée par des cotisations versées par les alcooliers.

Cette initiative est, à notre sens, une réponse stratégique au projet de décret qu'avait déposé le Ministre Guillaume en 1991, projet visant à interdire la publicité audiovisuelle pour les médicaments, l'alcool et le tabac. Les débats au Conseil de la Communauté française de Belgique ont abouti à un compromis en termes de compensations d'espaces à réserver à la prévention (cela n'a jamais été appliqué dans les faits à ce jour n.d.l.r.).

Parmi les propositions du CCAD, il y avait celle de prélever un pourcentage minime sur le budget publicitaire global des alcooliers, et de l'affecter à l'éducation et à la prévention en matière d'alcool.

Dans d'autres pays où existe une Régie des alcools, c'est à partir des taxes et accises qu'on alimente le budget "prévention alcool" en y affectant, par exemple, la dixième partie du produit global des taxes à la prévention et la réadaptation sociale des malades alcooliques.

En ce qui concerne Forum, il s'agirait plutôt de se substituer aux pouvoirs publics sous prétexte qu'"ils ne sont pas capables de mener une politique de prévention et d'y affecter les budgets nécessaires". Dès lors, si le projet d'éducation au goût semble effectivement une orientation intéressante - et cette stratégie serait sans doute à promouvoir, mettant ainsi plus l'accent sur l'aspect qualitatif des aliments - il semble cependant malvenu que les alcooliers s'introduisent directement dans les écoles.

C'est là créer un précédent qui ne manquerait pas de susciter d'autres initiatives de la part de fabricants désireux de promouvoir leurs produits en milieu scolaire. Il ne faut pas se leurrer, quels sont les objectifs poursuivis par la Fédération Belge des Vins et Spiritueux:

- diminuer la consommation globale d'alcool?
- promouvoir uniquement des produits haut de gamme?

- en réduisant la consommation globale, réduire leurs chiffres de vente?

En effet, on le sait, la consommation d'alcool dans notre pays reste trop importante. Dans le cadre de "La santé pour tous en l'an 2000", un des objectifs est de réduire la consommation de 25% d'ici l'an 2000 (objectif 17). En effet, on sait maintenant que "le nombre de buveurs excessifs ainsi que les problèmes liés à l'alcool augmentent comme le carré de la consommation moyenne d'alcool (loi de Ledermann)". En Belgique, cette consommation est de l'ordre de 10 litres d'alcool pur par an et par habitant (9e position mondiale). Elle devrait passer à 7,5 litres d'ici l'an 2000 pour atteindre l'objectif fixé par l'OMS. Cela implique une diminution considérable!

L'alcool est dans notre pays la drogue n°1, tant chez les adultes que chez les jeunes. Le coût social en termes de morbidité, mortalité, criminalité, accidents de circulation, accidents de travail, accidents domestiques et de loisirs, serait de l'ordre de 5 à 6% du produit intérieur brut, c'est-à-dire aujourd'hui plus de 300 milliards par an.

Par ailleurs, en considérant le problème sous son aspect éthique, on peut suspecter chez les promoteurs du module éducatif "Développement et éducation du goût" une forme détournée de promotion des vins et alcools forts qui risque de causer pas mal de dégâts chez les jeunes.

Si l'idée d'une éducation au goût est une éventuelle stratégie à expérimenter, il nous semble que ce serait à faire plutôt dans le cadre d'une collaboration entre notamment l'ICAN et le CCAD, voire avec d'autres services agréés. Accepter la démarche de Forum risque de créer un grave précédent par rapport aux fabricants d'autres biens de consommation.

L'école est déjà ainsi trop souvent sollicitée par des organismes de prévention, d'aide, d'éducation. Là aussi il s'agirait de coordonner les efforts afin non seulement de limiter le nombre d'interventions, mais aussi d'en ga-

Ces deux notions démontrent que le problème alcool sera abordé par le biais de la gestion du personnel et du management. C'est à travers la ligne hiérarchique que doivent émerger les dysfonctionnements dont l'origine ou le résultat peut être l'alcool.

Il faut rassurer les responsables en leur donnant simplement l'information qu'il existe une prise de conscience et une politique d'aide pour ce problème. Ils sont de ce fait légitimés à intervenir.

Une formation s'est donc avérée indispensable afin de permettre aux cadres de:

- dédramatiser;
- ni accuser, ni excuser;
- supprimer les tabous;
- aider plutôt que punir.

Monsieur Graff insiste plus particulièrement sur la souplesse d'une mise en place d'un tel programme et l'importance d'un dépistage précoce de dépendance en milieu professionnel. Car tout bon gestionnaire se doit d'aborder les problèmes, même mineurs, le plus tôt possible afin d'empêcher le travailleur de "plonger" dans la dépendance. Briser la loi du silence, briser ce mur qui empêche les gens d'agir. Tel était le programme proposé aux cadres. Ces derniers l'ont apprécié et considèrent (51%) qu'il a amélioré la communication au sein de l'entreprise, ce qui est un facteur de prévention non négligeable.

PORTUGAL

La situation y est très similaire à celle de la Belgique, nous signale Monsieur Vitoria, le psychologue représentant la Fondation Portugaise pour l'Etude, la Prévention et le Traitement des Toxicomanies. Il indique clairement que pour sa fondation les principes de base de l'intervention en milieu de travail sont ceux du Bureau International du Travail (B.I.T.) et de l'O.M.S.: la confidentialité et la protection de l'emploi. Malheureusement, au Portugal, la confidentialité est fréquemment bafouée. Dès lors, il importe de résoudre le problème par une négociation avec le sommet hiérarchique pour que le respect absolu de ces deux principes soit appliqué.

Une formation de responsables de l'entreprise s'impose donc et tout le travail doit s'articuler autour du Département de Gestion des Ressources Humaines.

Autres initiatives

Les centres de cure et de postcure ont apporté un éclairage très positif et valorisant pour les actes de prévention menés dans les entreprises.

En effet, le travail réalisé dans les structures d'aide telles que la Clinique Universitaire Saint-Luc, l'Institut Psychiatrique Provincial de Liège ou l'Hôpital Universitaire de Jour "La Clé" à Liège a fait apparaître des pistes de réflexion et d'action dont l'entreprise pourrait s'inspirer ou qui appuie les démarches préconisées.

A Saint-Luc, tout d'abord, l'appariement thérapeutique qui consiste à identifier au mieux une forme de pathologie pour lui assigner une modalité thérapeutique spécifique doit être suivi d'un appariement des patients aux structures pour que le devenir du patient soit maximal. Chaque cas doit donc être pris en compte en tant que tel avec sa spécificité et sa diversité, souligne le Docteur J.P. Rousseaux. De cette prise en compte à tous les échelons et des actions concertées dépend le succès de la thérapie.

A Liège, l'équipe pluridisciplinaire composée d'un psychologue, d'un médecin psychiatre et d'une kinésithérapeute licenciée en sciences sanitaires nous fait part d'un aspect qui doit prévaloir dans toute démarche d'aide envers l'alcoolique. En effet, celle-ci doit s'appuyer sur l'affection que l'on porte aux malades. L'abord humain et affectif voire affectueux est capital. Il faut valoriser, féliciter, encourager après avoir confronté avec énergie aux douloureuses réalités. Jouer carte sur table en se motivant du retour à un mode de vie abstinent et équilibré.

A Liège, l'Hôpital de Jour "La Clé" établit dès le départ un contrat entre l'institution et l'alcoolique qui fixe différents objectifs au patient.

Ces objectifs qui sont évalués régulièrement et qui donnent un cadre au

contrat permettent à l'alcoolique de situer sa démarche dans un contexte et dans le temps.

Le respect mutuel du contrat revêt une valeur non négligeable pour le malade et pour la réussite de sa prise en charge.

En conclusion

Les discussions "passionnées" entre défenseurs de la position syndicale et les responsables des ressources humaines "arbitrées" par la médecine du travail ont abouti aux premières conclusions suivantes:

Une telle journée n'a pas fait le tour complet du problème et de ses solutions. Il faudra encore de nombreuses réunions telles que celle-ci pour lever le tabou, pour apporter une aide efficace aux gens et pour ne pas mettre en danger le bon fonctionnement de l'entreprise. Un élément sous-tend toutes les interventions. La hiérarchie doit être impliquée, motivée, convaincue. La confidentialité doit être respectée mais tous les acteurs sociaux doivent être concernés en ce compris les syndicats.

Une résolution sera transmise par l'intermédiaire de Madame Lizin, Député-Bourgmestre de Huy aux Communautés Européennes.

Michèle Quinet-Le Docte, Présidente de l'A.L.S.S. et du S.E.S. ■

Bientôt dans Education Santé

- Un supplément sur les réseaux de promotion de la santé
- Un guide de prévention primaire des toxicomanies à l'usage des enseignants

Ne manquez pas nos prochains numéros !

La forme du spectacle a pu être appréciée grâce à des questions ne figurant qu'au post-test.

Traitement et analyse des résultats

Les 21 questions portant sur les connaissances et avec correspondance au pré-test et au post-test ont été traitées par la méthode du MUCER (DE KETELE, 1980) permettant d'apprécier la maîtrise, l'utilité, la conservation, l'efficacité et la rentabilité de chacun des objectifs spécifiques pour chaque classe.

Les questions ne figurant qu'au post-test et portant sur les connaissances ou sur la forme du spectacle, ainsi que la question spécifique sur l'attitude face au sommeil ont été traitées de manière plus classique et un simple calcul de pourcentage a été appliqué.

Pour l'analyse statistique, les tests de Fisher et de Mac Nemar ont été retenus.

Résultats et discussion.

Apports du spectacle au niveau des connaissances du sommeil.

Questions avec correspondance avant-après le spectacle.

Les 21 objectifs spécifiques retenus et correspondant à 21 questions qui ont été traitées par la méthode MUCER sont repris dans le tableau 1.

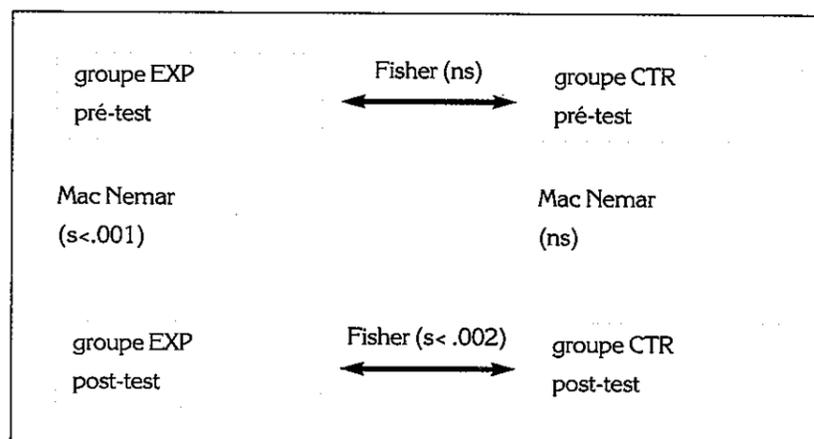


fig.3: équivalence des groupes

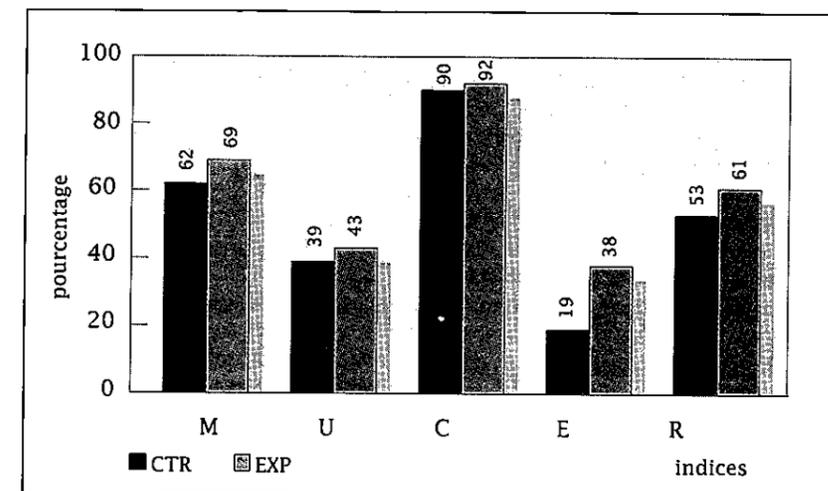


fig 5 : indices MUCER globaux pour le groupe EXP et CTR

Tests statistiques

Nous avons tout d'abord vérifié l'équivalence des groupes expérimental et contrôle au départ pour l'ensemble des 21 objectifs. Le test statistique utilisé est le test de Fisher pour l'équivalence entre les 2 groupes avant et après l'expérience; le test utilisé pour l'équivalence du même groupe au début et à la fin de l'expérience est le test de Mac Nemar.

La figure 3 nous montre que les groupes EXP et CTR sont bien équivalents au pré-test et différents au post-test ($S < .002$). Le groupe CTR reste équivalent à lui-même au pré-test et au post-test, tandis que le groupe EXP est différent au post-test par rapport au pré-test ($S < .001$). Ceci semble montrer que le spectacle modifie les connaissances des enfants relatives au sommeil.

niveau	pré-test	post-test
3	ns	ns
4	ns	s
5	ns	s

fig.4: équivalence des groupes EXP et CTR au prétest et au posttest par niveau

Si nous reproduisons de manière plus détaillée le test de Fisher pour chaque niveau (3e, 4e et 5e années) afin de vérifier l'équivalence des groupes EXP et CTR et cela au pré-test et au post-test, la situation est semblable (fig. 4).

Ces résultats semblent montrer que l'équivalence des groupes EXP et CTR est bien réalisée au départ, que le spectacle induit une modification pour les 4e et 5e années au post-test entre ces deux groupes, mais on ne peut mettre en évidence de différence significative pour la 3e année entre le groupe EXP et le groupe CTR au post-test.

Indices MUCER globaux

Si on analyse les indices MUCER globaux (tous objectifs et tous les élèves confondus) du groupe expérimental et du contrôle (fig. 5), nous constatons également des différences marquées.

Rappelons que dans le test de MUCER, la maîtrise (M) est relative au nombre d'élèves maîtrisant les objec-

tifs au post-test; l'utilité (U) est proportionnelle au nombre d'élèves ne maîtrisant pas les objectifs au pré-test; la conservation (C) dépend du nombre d'élèves maîtrisant les objectifs au pré-test et les maîtrisant toujours au post-test; l'efficacité (E) est relative au nombre d'élèves ne maîtrisant pas les objectifs au pré-test mais les maîtrisant au post-test; la rentabilité (R) est une moyenne des indices précédents.

Ici, nous observons que, bien que l'utilité soit plus élevée dans le groupe EXP (43 % contre 39 %), la maîtrise l'est également (69 % contre 62 %) et l'efficacité est double dans le groupe EXP par rapport au groupe CTR (38 % contre 19%).

Le spectacle a donc un effet positif au niveau des connaissances des élèves, qui se révèle par une plus grande maîtrise après le spectacle et une efficacité environ double par rapport au groupe contrôle. La rentabilité est également nettement plus élevée (61 % contre 53 %) et la conservation bien que proche de la valeur du groupe contrôle est également plus importante (92 % contre 90 %). Le spectacle semble donc caractérisé également par une bonne conservation des connaissances acquises au préalable.

Indices MUCER par niveau

Si nous poussons l'analyse plus loin et que nous reproduisons les indices MUCER par niveau de 3e, 4e et 5e année, nous observons des résultats semblables à ceux décrits pour les indices globaux (fig. 6).

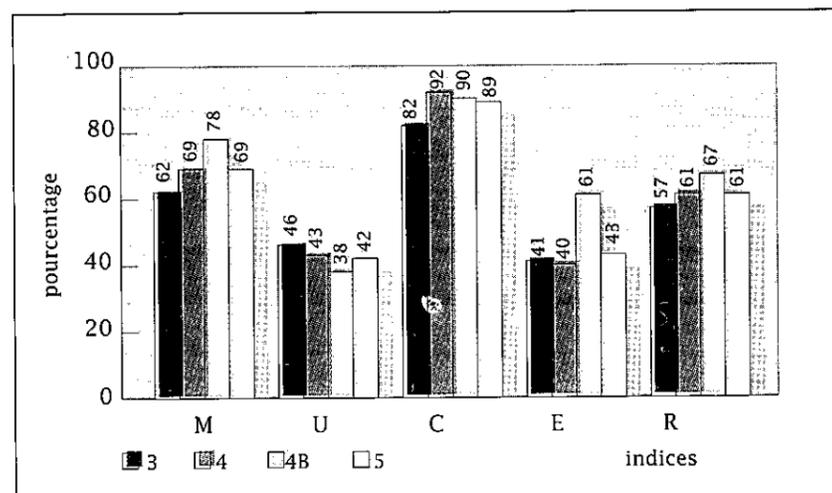


fig 6 : indices MUCER par niveau pour les groupes expérimentaux

indice	EXP	CTR
M	62	61
U	46	40
C	82	90
E	41	22
R	57	53

tableau 2: indices MUCER pour la 3e année

Nous devons signaler cependant 2 résultats particuliers. En troisième année, la maîtrise (62%) et la rentabilité (57%) sont moins élevées, ce qui pourrait être expliqué en partie par une utilité plus importante que dans les autres groupes mais aussi par une conservation nettement moins élevée.

La comparaison des indices MUCER pour la 3e année entre le groupe EXP et le groupe CTR (tableau 2) nous montre que l'efficacité (E) est environ le double dans le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle. Cette différence ne transparait pas dans le test de Fisher puisque celui-ci correspond à la maîtrise (M) qui, elle, est à peu près équivalente dans les deux groupes. Remarquons aussi que, bien que l'utilité soit plus élevée dans le groupe EXP que dans le groupe CTR (46 % contre 40%) les deux groupes arrivent au même niveau de maîtrise (62 % dans le groupe EXP et 61 % dans le groupe CTR). Soulignons cependant également que la conservation est plus faible dans le groupe EXP que dans le groupe CTR. Le spectacle serait-il moins adapté au 3e niveau ?

Nous observons également que la classe de 4e année B faisant partie du groupe expérimental montre des résultats nettement meilleurs que les autres classes du groupe et même que l'autre classe de 4e année A. Certes, l'utilité est plus faible en 4e B que dans les autres classes et ceci pourrait expliquer en partie une maîtrise plus importante (78%), mais l'efficacité est également plus importante (61%). L'explication la plus vraisemblable nous a été fournie par une rencontre ultérieure avec l'enseignante de cette classe: cette différence serait le résultat d'un exercice de brainstorming réalisé par l'enseignante avec sa classe juste avant le post-test.

Il semble donc que le spectacle agisse pour les niveaux de 3e, 4e et 5e années au niveau des connaissances avec cependant des résultats moins bons et une moins bonne conservation pour la 3e année. Par ailleurs, si l'hypothèse de l'influence de l'enseignant est exacte (classe de 4B), une intervention appropriée de la part de celui-ci devrait améliorer fortement l'efficacité, la maîtrise et la rentabilité du spectacle sans pour autant détériorer la conservation.

Indices MUCER par objectif

Si l'on s'attache à détailler les résultats MUCER par objectif (tableau 3), nous observons certaines disparités. Certains objectifs étudiés semblent peu utiles, d'autres beaucoup, certains sont bien maîtrisés au post-test, d'autres non et un objectif particulier semble présenter un mauvais indice de conservation. Les objectifs peu utiles, qui sont donc déjà bien maîtrisés par les enfants avant le spectacle, concernent deux phénomènes physiologiques liés au sommeil (quand on dort, on respire et notre coeur continue à battre), deux types de comportements qui entraînent une mauvaise qualité de sommeil (trop manger; regarder un film d'horreur) et un élément concernant le rêve (rêver ne veut pas dire être malade).

Les objectifs très utiles, qui sont relativement peu ou mal connus des enfants, touchent à l'explication des phénomènes (pourquoi on a sommeil; pourquoi on rêve) et aux techniques de réveil (comment réveiller quelqu'un qui dort).

stratégie de prévention qu'il a mise en place dans cette entreprise de 3.000 salariés.

Il a fait particulièrement ressortir d'une part, l'efficacité d'un travail qui porte spécifiquement sur l'attitude face à l'alcoolisation aiguë (ivresse) relevant de la non-assistance à personne en danger et/ou face à l'alcoolisation

chronique (travailleur dépendant) relevant d'une demande implicite d'aide et d'encadrement. D'autre part, il souligne le travail qui s'appuie sur la hiérarchie et la notion d'un contrat d'accompagnement et de postcure.

Concrètement, Monsieur Ouvrard nous propose le schéma de prise de conscience et de stratégie suivant:

VOUS AVEZ REPERE UNE PERSONNE QUI POURRAIT ETRE DEPENDANTE DE L'ALCOOL

DE QUI S'AGIT-IL ?

C'est quelqu'un qui ne peut se passer d'une boisson alcoolisée.

Il peut être dépendant, il a besoin de l'alcool et en consommera pendant son temps de travail. Il n'est pas forcément dans un état d'ébriété manifeste, mais s'il manque d'alcool, il présentera des signes de nervosité ou d'excitation.

Suite à une alcoolisation régulière, un changement de comportement peut se manifester en fin de poste.

SI VOUS ETES "SUR":

L'entretien individuel est un moment privilégié pour aborder le problème d'alcool.

L'intéressé reconnaît les faits

* Admet ou demande une prise en charge.

Orientation vers le médecin,

l'assistante sociale,

le service du personnel.

* Veut s'en sortir seul.

En parler au service médical

* Etablir un contrat d'accompagnement

L'intéressé nie, "je ne bois pas"

* Rester attentif au comportement.

Etablir un contrat moral et revoir la situation.

Nouvel entretien

En parler au médecin

VOUS HESITEZ:

Continuez d'observer le comportement et les indices (bons de sortie, absentéisme, retard, accidentabilité).

Parlez-en avec l'intéressé, avec ses collègues de travail, échangez avec les autres services concernés.

DANS TOUS LES CAS:

Il sera important de pouvoir mettre en commun les éléments concernant une même situation entre médecin, infirmières, fonction personnel, assistante sociale, agent de maîtrise, et de prévention, dans le but, suivant le cas, de faire un bilan ou d'élaborer une stratégie.

LES CONDITIONS DE LA REUSSITE SERONT UN TRAVAIL D'EQUIPE ET LE RESPECT DE L'INDIVIDU.

En conclusion, il insiste sur le fait de la nécessité d'une prise de conscience du problème et d'un engagement par la hiérarchie, les membres du C.H.S.C.T. et la création d'une équipe de prévention et d'accompagnement garante du respect des règles et des contrats.

Jacotte Rigneault, Déléguée de l'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme (A.N.P.A.) à Paris, a présenté un support audiovisuel de prévention (durée 22 minutes) qui donne aux responsables d'entreprise, de manière claire et concise, des indications sur la maladie alcoolique et des pistes concrètes d'action de prévention du risque alcool.

Ce document met l'accent sur des concepts tels que l'alcoolisation sympathique et l'alcoolique à problème tout en attirant l'attention sur la réaction des collègues, des cadres et des délégués qui à des degrés divers cachent, accentuent ou détériorent le climat.

Cette présentation se termine par des notions dynamiques et constructives que l'on pourrait résumer par cette phrase: "Dans le contexte professionnel, l'alcoolisme n'est pas une fatalité!" Des solutions existent et notamment l'élaboration d'une charte d'entreprise, c'est-à-dire un contrat élaboré par les membres de l'établissement pour les conduites à tenir face à l'alcoolisation et à l'alcoolisme.

SUISSE

Un modèle suisse d'une politique "Alcool en entreprise" nous a été présenté par Monsieur Graff, responsable de l'Institut Suisse de Prévention de l'Alcoolisme et autres toxicomanies (I.S.P.A.), comme applicable au niveau des P.M.E. Cette expérience menée auprès des P.T.T. suisses a mis en place des programmes d'aide et de prévention. Le concept de base est d'imposer en douceur deux idées-forces:

1. Intervenir sur les dysfonctionnements professionnels comme déclencheurs d'une démarche.
2. Aider plutôt que punir.

avec cette action "alcoolisme", l'importance qu'elle accorde à la ressource humaine."

Solvay S.A.

Monsieur Nicaise, médecin du travail (25 ans de prévention de la maladie alcoolique en milieu professionnel), nous apporte une vision constructive et dynamique du rôle du médecin du travail dans l'entreprise.

Dès 1970, le problème se posait à lui en ces termes: "Il apparaissait naître une épidémie de cette maladie sociale qui a nom "alcoolisme". Avais-je à la combattre dans mes activités spécialisées de médecine du travail, et le cas échéant, comment?"

Par devoir professionnel vu sa qualité de médecin mais aussi parce qu'il est investi d'une mission de sauvegarde et de promotion du travail par l'entreprise, il s'est impliqué et a mis au point une technique qui lui semble pouvoir être adaptée ailleurs. Les grands points de sa démarche peuvent être résumés comme suit:

1. Rassembler, pendant un temps plus ou moins long, d'une part, des données théoriques spécialisées et actualisées sur le sujet et d'autre part, des faits locaux récents particulièrement marquants.
2. Prendre son bâton de pèlerin et aller porter la mauvaise nouvelle à la hiérarchie pour obtenir l'appui de certains détenteurs d'influence ou d'autorité.
3. Ne jamais entreprendre une telle action seul.
4. Agir progressivement en partant d'actions peu spectaculaires mais précises (campagne d'affichage, information des hiérarchies).
5. Obtenir un consensus social pour remonter le courant (la modification du R.G.P.T. y a aidé).

Qu'en est-il résulté? Qui a réellement fait avancer la résolution de ce problème qui se posera encore dans l'entreprise?

Actuellement, chez Solvay, on sait et on admet que consommer trop d'alcool (plus d'un litre de bière pils par jour par adulte) sous quelque forme que ce soit est une prise de risque.

Globalement, la consommation alcoolique (indirectement parfois véri-

fiée) a diminué. Le nombre de personnes posant problème a diminué mais il y a des échecs et il faut les assumer. Le fait d'avoir levé un tabou est un réel succès en soi.

Province du Brabant

Une entreprise publique n'est pas épargnée par la consommation abusive ou inadéquate d'alcool en lien avec le travail.

Les docteurs Gabet, Tagnon et Van Vyve, attachés à l'Institut Médico-Social de la Province, ont fait écho de la campagne de prévention qui a reçu l'aval des autorités provinciales.

En effet, pour mener à bien une action d'envergure, il fallait, comme nous le rappelle Monsieur J.P. Lallemand, Responsable de la Formation et Chef de Cabinet du Gouverneur, une véritable concertation et un appui sans restriction des autorités.

La campagne s'est articulée autour de cinq grands axes:

1. Une enquête réalisée par le C.C.A.D.
2. Une formation spécifique d'un nombre restreint de personnes: médecin, personnel paramédical, assistants sociaux et représentants de l'Administration Centrale.
3. La constitution d'un groupe de travail.
4. L'information des syndicats rendue indispensable pour la réussite de l'action.
5. Une vaste campagne d'information et de prévention destinée à tout le personnel dont la présence était obligatoire (5.000 agents) à raison d'une demi-journée, soit trois heures pendant le temps de travail.

Alcool, alcoolisme, co-alcoolisme et structures d'aide ont été présentés au personnel par groupes d'environ 100 personnes pendant 2 ans.

Les participants étaient par la suite scindés en plus petits groupes de vingt personnes afin que chacun puisse s'exprimer.

Encore une fois, c'est le tabou sur l'alcool qui devait être levé par la possibilité d'une prise de parole et le refus d'un jugement moralisateur. De plus, la participation dans les groupes d'autorités provinciales a été très bien per-

cue par le personnel qui a apprécié l'implication de celles-ci dans ce problème qui les touchait donc tous et pouvait donc être pris en charge au sein de l'entreprise.

Point de vue syndical: la F.G.T.B.

La position syndicale face à la consommation d'alcool en entreprise, présentée par Monsieur Sonda de la F.G.T.B., semble être très tranchée. En effet, la F.G.T.B. n'accepte pas que le service de médecine du travail pratique la sélection médicale des travailleurs sur base d'une pathologie alcoolique à l'exception des postes de sécurité où la vie du travailleur concerné et de ses compagnons de travail est mise en danger. Dans le même ordre d'idée, elle n'accepte pas que l'employeur exige que l'on effectue une prise de sang au travailleur en état d'ivresse sans son consentement, estimant que ce principe est contraire à l'article 8 de la convention européenne des droits de l'homme! Monsieur SONDA insiste sur le fait que le syndicat est très conscient que ce n'est pas la sanction prise à l'égard de l'employé qui solutionnera le problème sur les lieux de travail et que l'exemple doit aussi être donné par l'employeur.

Pour la F.G.T.B., dès qu'il y a un problème d'alcool dans l'entreprise, l'employeur doit être averti et dans le même temps les représentants syndicaux. En effet, "le respect des droits du travailleur et des actions préventives doivent être conduits avec le comité paritaire mais l'employeur doit être le promoteur, donc s'impliquer". Le problème d'alcool ne peut "glisser" uniquement vers le service du personnel ou le seul service médical! La F.G.T.B. est favorable à une approche sociale à travers le Comité de Sécurité et d'Hygiène car les solutions doivent être trouvées notamment dans le poste de travail et le management de l'entreprise.

A l'étranger

FRANCE

Le Docteur Christian Ouvrard, Médecin du Travail de Peugeot-Vesoul, a décrit avec chaleur l'évolution de la

Parmi les objectifs bien maîtrisés au post-test, nous retrouvons sans surprise les objectifs peu utiles. De plus, beaucoup d'enfants connaissent, après le spectacle, un moyen pratique pour bien dormir (objectif 1) et savent que l'on rêve plusieurs fois par nuit (objectif 10). Les objectifs très utiles, quant à eux, sont par contre peu maîtrisés au post-test. Ce n'est donc pas sur ces objectifs que le spectacle va jouer mais sur des objectifs d'utilité intermédiaire, ce qui peut expliquer que l'indice de rentabilité ne soit pas très élevé (61%).

Parmi les objectifs peu maîtrisés et très utiles, nous avons relevé les objectifs 3, 5 et 7. En ce qui concerne l'objectif 3 ("A quoi sert de rêver"), il ne nous paraît pas suffisamment développé dans le spectacle: il n'y est fait qu'une allusion qui est restituée de manière confuse par certains enfants. Il est vrai que, dans la littérature scientifique, le rôle du rêve reste un objet de controverse. L'objectif 7 ("Pourquoi a-t-on sommeil") est plus développé par le spectacle mais reste probablement trop compliqué ou mal expliqué pour les enfants; l'objectif 5 est également mal conservé. Cet objectif ("Comment réveiller quelqu'un qui dort") présente une très mauvaise conservation: 63%, ce qui signifie que 37% des élèves maîtrisant cet objectif au départ ne le maîtrisent plus après le spectacle.

Dans le passage où les 2 marionnettes jouent au bon réveil, le message visuel semble ne pas bien appuyer le verbal: le pépé "fait semblant" de ne pas se réveiller. Ceci a pu être amplifié par l'acoustique insuffisante de la salle où s'est déroulée l'expérience ainsi que par l'attrait du visuel. De plus, à cette séquence s'ajoute un effet de style comique qui semble rendre le message confus pour les enfants.

Questions spécifiques au post-test concernant les connaissances

Étapes du sommeil

En ce qui concerne les étapes du sommeil (tableau 4), nous pouvons affirmer qu'elles ont été bien assimilées puisque, pour la question relative aux gares symbolisant les étapes du sommeil, 87% des élèves se rappel-

	n° objectif	utilité (%)
objectifs peu utiles	12	3
	13	1
	14	2
	15	10
	16	6
objectifs très utiles	3	97
	5	91
	7	100
	n° objectif	maîtrise (%)
objectifs peu maîtrisés au post-test	3	33
	5	28
	7	9
objectifs bien maîtrisés au post-test	1	84
	10	91
	12	97
	13	97
	14	97
	15	94
	16	98
	n° objectif	conservation (%)
objectifs présentant une mauvaise conservation	5	63

tableau 3: MUCER du groupe EXP par objectifs

nom des gares	se rappellent quelque chose	87%
	endormissement	55%
	sommeil léger	52%
	sommeil profond	60%
	sommeil très profond	45%
	rêves	65%
	bonsoir	65%
	dormir	15%
	réveil	1%
	bonjour	6%
nombre de gares	on passe par 5 ou 6 gares	72%
dessin du train de nuit	4 ou 5 wagons dessinés	70%
	5 wagons dessinés	45%
	5 wagons dessinés dans l'ordre	22%
	4 wagons dessinés	24%
	4 wagons dessinés dans l'ordre	19%

tableau 4: pourcentage d'élèves se souvenant des représentations des étapes du sommeil

lent quelque chose : 55 % se rappellent la gare d'endormissement, 52 % "sommeil léger", 60 % "sommeil profond", 45 % "sommeil très profond" et 65 % "rêves".

De même, 72 % se souviennent que l'on passe par 5 ou 6 gares.

Dans une question similaire mais où les enfants répondaient en dessinant le train du sommeil avec les wagons représentant les stades du sommeil, 70 % des enfants dessinent 4 ou 5 wagons, 45 % dessinent 5 wagons dont 22 % dans l'ordre et 24 % dessinent 4 wagons dont 19 % dans l'ordre.

Ces résultats semblent donc tout à fait positifs, mais il est utile de signaler l'interférence de deux wagons "pirates" (wagons de voyageurs visibles à certains moments du spectacle et qui semblent faire office de distracteurs) dans cette question et des gares de "bonsoir" et "dormir" (qui sont citées dans le spectacle) mais également des gares de "réveil" et "bonjour" (qui, elles, ne sont pas du tout citées) dans la question précédente.

Les cycles du sommeil

Ici aussi, les résultats (tableau 5) sont positifs puisque 69 % des élèves répondent qu'on fait plusieurs fois le tour de toutes les gares pendant la nuit : 21 % pensent qu'on fait 4 ou 5 fois le tour et 27 % que nous faisons 2 fois le tour de ces gares.

Ces résultats sont intéressants dans la mesure où ils montrent que les enfants, dans une large proportion, ont compris qu'il existait une architecture du sommeil et que celui-ci n'est pas tellement un état stable mais plutôt une suite d'états, se succédant dans la nuit de manière cyclique. Une hypothèse de base du spectacle est qu'il est important que les enfants acquièrent une connaissance suffisante des

pendant qu'on dort ...	% répondants
on fait plusieurs fois le tour de toutes les gares	69
on fait 4 ou 5 fois le tour	21
on fait 2 fois le tour	27

tableau 5: cycles de sommeil

90 % des enfants ont bien aimé le spectacle
88 % ont apprécié Pépé et Mélanie, les 2 marionnettes
86 % ont bien rigolé
79 % ont aimé le petit train
77 % affirment que ceux de leur classe ont bien aimé le spectacle
76 % ont aimé l'affiche du spectacle
8 % l'ont trouvé trop "gaga"
5 % disent ne pas aimer Pépé
6 % disent ne pas aimer Mélanie
2 % se sont "embêtés"

tableau 6: appréciation de la forme du spectacle

cycles de sommeil afin d'être mieux à même de gérer pratiquement différents aspects de leur propre sommeil (endormissement, réveils nocturnes, temps de sommeil, etc)

Amélioration des connaissances

86 % des enfants affirment avoir appris quelque chose pendant le spectacle.

Au niveau de la forme du spectacle

Une série de questions spécifiques au post-test tentait d'apprécier la forme du spectacle. Les résultats sont de nouveau très positifs et synthétisés dans le tableau 6.

Le spectacle semble donc très apprécié au niveau de sa forme par les en-

fants; ils le trouvent drôle, adapté et apprécient les marionnettes, le petit train et l'affiche.

Conclusions générales

Il nous semble ici pouvoir affirmer que le spectacle "Grain de sable" est un choix tout à fait positif en tant que matériel d'éducation pour la santé sur le sommeil.

L'évaluation a montré que l'apport de connaissances était appréciable. Des nuances sont à apporter selon le niveau: les résultats semblent moins bons en 3e année. Nous remarquons également qu'une intervention judicieuse de l'enseignant semble pouvoir améliorer beaucoup l'effet du spectacle au niveau de la consolidation des connaissances. Certains objectifs ne sont pas suffisamment maîtrisés et un objectif présente même une mauvaise conservation. Ceci devrait être pris en considération lors de l'utilisation du spectacle.

La forme du spectacle est tout à fait appréciée par les enfants de 3e, 4e et 5e année.

Jean-Luc Collignon, Jacqueline Delville, Michel Mercier, Département de Psychologie, Faculté de Médecine, FUNDP, Namur

"Dans ce contexte général, il y a nécessité de briser le silence vis-à-vis de l'alcool comme vis-à-vis des autres psychotropes, qu'ils soient licites ou illicites, qu'ils soient conventionnellement considérés comme stupéfiants, comme médicaments, voire comme produits domestiques. La conspiration du silence permet au buveur de continuer impunément et favorise l'accroissement de son alcoolisation entraînant l'accroissement des problèmes. La situation devenant intenable à plus long terme, c'est le rejet de l'alcool-dépendant et son exclusion devient inévitable".

"Il ne faut toutefois pas dramatiser ce qui ne demande qu'à ne pas être banalisé" nous dit-il encore.

"Chacun doit reconnaître qu'il convient d'éviter d'isoler la pharmacopédie et/ou pharmacomanie des comportements globaux de consommation. Ainsi, dans un travail de confiance réciproque, on peut faire comprendre au travailleur que, de même qu'un repas trop copieux ou de mauvaise qualité hypothèque la qualité de son travail, de la même manière, la prise injustifiée d'alcool, de médicaments ou autres psychotropes non seulement le rend inapte au travail mais encore le conduit à être dangereux pour lui-même et pour autrui.

Enfin, il faut que l'on sache qu'il est démontré qu'un ex-consommateur abusif ne représente pas un danger pour l'entreprise et que bien au contraire, les vertus thérapeutiques du travail ont fait leurs preuves parallèlement aux impératifs de sécurité qui doivent être respectés".

La situation en Communauté française brossée par Monsieur Luc Bils fait ressortir qu'un groupe de travail lancé par le C.C.A.D. était opérationnel dès septembre 1986. Il s'est fixé des objectifs précis:

1. Développer la connaissance de l'incidence des consommations d'alcool au travail par une argumentation sur les plans juridique, économique, social et médical.
2. Développer des projets-pilotes dans des entreprises privées et publiques qui permettent d'alimenter la réflexion du groupe de travail.
3. Tirer les leçons des pratiques et des projets pour permettre de construire

les lignes directrices de futurs programmes à promouvoir, selon les spécificités dans les différents milieux de travail.

4. Sensibiliser aux problèmes de consommation inadéquate d'alcool sur les lieux du travail et ses conséquences, les différents responsables de l'entreprise ainsi que ceux des organisations syndicales.

Ce groupe a mené des expériences-pilotes afin de construire, "clef sur porte", des programmes intégrés de prévention alcool en milieu de travail et a édité un support de sensibilisation des responsables d'entreprise.

Madame Bauwens, psychologue et collaboratrice de Monsieur Bils, a relevé pour nous dans ces programmes quelques mots clés, piliers d'un travail efficace au sein de l'entreprise.

1. L'attitude inadéquate de protection du travailleur par ses collègues (comme souvent au sein de la famille) et dès lors le co-alcoolisme qui favorise la consommation abusive d'alcool.
2. La nécessité d'organiser des séances de formation destinées plus particulièrement aux fonctions de maîtrise, de "chefs directs", de chef de service, de bureau, d'atelier, ...
3. La recherche d'une diminution de la demande plutôt que de l'offre en installant de meilleures conditions de travail et en prenant en compte la notion de "pénibilité" que peuvent revêtir certains aspects du travail y compris la charge mentale et le stress professionnel.

Madame Bauwens insiste sur le fait que, afin d'être efficace, il faut une analyse approfondie de la demande aussi bien lorsqu'une intervention est sollicitée auprès d'un organisme extérieur que lors de la mise en place à l'intérieur même de l'entreprise.

Il faut oser analyser le mode de fonctionnement et la structure organisationnelle de l'entreprise avec un "groupe de pilotage" où se retrouveront toutes les personnes clés de la direction générale aux services médico-sociaux en passant par le Comité S.H.E.L.T. et les organisations syndicales.

Le C.C.A.D. se positionne d'ailleurs très clairement, à travers son activité d'unité permanente d'observation sa-

nitaire et sociale, pour aider à la concrétisation de la prévention en milieu de travail et ce, en collaboration étroite avec le groupe "Middelen en werk" du V.A.D., son homologue néerlandophone.

Du concret dans trois entreprises

Trois expériences concrètes nous ont été proposées tour à tour:

Cockerill-Sambre

Madame Vendy, psychologue, nous a évoqué les difficultés rencontrées par un encadrement de premier niveau lorsque dans des discussions de "management" on met en avant l'alcoolisme.

Très clairement apparaît l'attitude protectrice et co-alcoolique. Pour trouver des solutions au sein de l'entreprise, seule la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire composée de plusieurs niveaux hiérarchiques qui lève le tabou de l'alcoolisme et inclut un ancien alcoolique à côté du médecin du travail lui semble devoir donner des résultats positifs à long terme et lever des ambivalences: une complicité alcoolique et des valeurs de solidarité si présentes dans l'entreprise sidérurgique.

Pour réussir, il faut, selon Madame Vendy, réaliser des actions même modestes ayant au moins les trois caractéristiques essentielles suivantes:

1. Elles ont nécessité de nombreuses heures de discussion et de concertation, indiquant l'attachement des responsables du plus haut niveau à ce qu'elles aient lieu.
2. Elles véhiculent une symbolique essentielle: l'alcoolisme n'est plus un tabou et il faut quitter, à tous les niveaux hiérarchiques, la position de co-alcoolique.
3. Dans un contexte économique difficile, il faut, comme à Cockerill-Sambre, affirmer clairement sa volonté de faire coexister la logique économique et la logique de santé individuelle. C'est d'ailleurs ce qui anime le médecin du travail depuis toujours.

"Là où d'autres entreprises déclarent forfait, Cockerill-Sambre a confirmé

proposons une brève présentation du chapitre 4 intitulé The Health Education Curriculum.

Comme tous les chapitres, il se divise en deux parties, une introduction théorique et une partie méthodologique (fiches d'animation).

Introduction théorique

Cette introduction constitue un rappel des trois objectifs généraux de l'éducation pour la santé exprimés en ces termes:

- "s'occuper de soi-même" (*Looking after myself*)
- "se préoccuper des autres" (*Caring for Others*)
- "protéger l'environnement" (*Protecting the Environment*)

Processus fondamental pour mettre en place les conditions nécessaires à la réalisation de ces trois objectifs en milieu scolaire: le programme en spirale (*spiral framework*).

Cette première partie se termine par une courte bibliographie.

Partie méthodologique

Quatre séquences d'animation proposent d'explorer le thème dans ses dimensions concrètes et de dégager des pistes d'implantation du processus sur le terrain scolaire en général, auprès des élèves en particulier:

A.Objectifs d'un programme (*Curriculum Objectives*)

B.Construction d'un programme (*Planning a Curriculum*)

C.Intégration du programme (*Integrating the Curriculum*)

D.Organisation de leçons (*Lesson Planning*)

Chaque séquence propose:

- l'objectif de la séquence (pour la séquence C, "étudier l'ensemble du contexte de l'école quand on bâtit un programme d'éducation à la santé");
- la description du matériel nécessaire (pour la séquence B, un jeu de cartons de sujets "santé", grandes feuilles, feutres);
- la méthode à suivre au cours de l'animation;
- des jeux, des techniques d'animations, d'exploration, d'évaluation par rapport au sujet donné;
- des conseils pour l'animateur;
- du matériel (par exemple, les cartons susnommés).

L'utilisation et la diffusion du manuel

Dans le cadre du projet "Réseau Européen d'Ecoles en Santé", le service Education pour la Santé de la Croix-Rouge a défini les lignes directrices d'un processus de formation des enseignants et des travailleurs médico-sociaux en éducation pour la santé.

D'autre part, des actions plus larges d'information et de sensibilisation des directeurs d'écoles, des inspecteurs, des directeurs de centres P.M.S.,... sont envisagées et programmées pour le premier semestre 94. Le Manuel constituera bien entendu l'outil et la référence de cette double démarche.

Conclusion

La participation au séminaire d'Edimbourg fut une expérience particulièrement positive dans la mesure où les notions privilégiées (environnement, choix sains, santé globale,...), les méthodes sélectionnées (interaction, confrontation, appropriation,...), les techniques suggérées (jeu de rôle, activités ludiques, simulation,...) par le service sont également recommandées par les instances européennes et se retrouvent prioritairement décrites dans le Manuel.

"L'Ecole Ensantée", dernière publication de la Croix-Rouge (antérieure au manuel européen!) présente, toute proportion gardée avec le remarquable travail de nos collègues écossais, de nombreuses similitudes tant dans le fond que dans la forme avec le *Training Manual*.

A coup sûr, un formidable encouragement!

André Lufin, Croix-Rouge de Belgique ■

■ Une ouverture à la concertation

En décembre dernier, une rencontre a eu lieu dans les locaux de la Communauté française entre les responsables de services d'éducation pour la santé et des représentants du secteur IMS (Inspection Médicale Scolaire). Cet échange était dû à une initiative du Centre de Coordination Communautaire en éducation pour la santé.

Les objectifs de cette réunion étaient de présenter les activités de l'IMS, afin de remédier au cloisonnement entre les diverses institutions, et de poursuivre le projet de mise en place d'un groupe de travail, où des représentants des centres PMS, IMS et des structures d'éducation pour la santé réfléchiraient ensemble à des modalités concrètes de collaboration.

Les missions de l'IMS

L'Inspection Médicale Scolaire est une obligation pour les élèves depuis l'école maternelle jusqu'à l'enseignement supérieur non-universitaire.

C'est une loi de 1964 qui définit les missions de l'IMS en quatre points:

- le dépistage des anomalies physiques, mentales, psychologiques, sensorielles, grâce à un contrôle régulier;
- le dépistage des maladies transmissibles (surtout tuberculose);
- l'établissement de statistiques médicales;
- la promotion des conditions d'hygiène dans les écoles.

Concrètement, les "pouvoirs" et les moyens mis à la disposition des structures IMS varient très fortement en fonction de leur pouvoir organisateur (asbl, Province,...).

La rénovation en Inspection Médicale Scolaire a débuté en 1980. Il s'agit d'une expérience de réorientation des activités IMS pour répondre à des besoins nouveaux dont l'éducation pour la santé.

Ces nouvelles activités sont réalisées en remplacement d'examen cliniques systématiques. Le budget alloué aux IMS n'a cependant pas été modifié, ce qui rend ce remplacement d'activités impossibles dans les petites écoles et les milieux scolaires socio-économiquement défavorisés.

Des programmes

Ces nouvelles activités nécessitent l'élaboration d'un programme par les médecins coordonnateurs des IMS. Ce programme doit être approuvé par le Ministre Communautaire de la Santé et répondre à des besoins, définis par l'intermédiaire de statistiques, d'études (OMS ou locales). Il ressort de ces dernières que les besoins exprimés par les élèves en matière d'éducation pour la santé s'orientent principalement vers les axes suivants: nutrition, drogue, tabac, relations sexuelles et affectives, dépression, troubles du sommeil, anorexie, cancer, sécurité routière.

Actuellement, plusieurs programmes ont vu le jour:

- sur la maltraitance (santé-corps-respect);
- sur la santé alimentaire;
- sensibilisation/formation d'enseignants;
- cellule de coordination de l'éducation pour la santé en milieu scolaire dans le cadre de "La Louvière Ville Santé".

Débat

Après cette présentation des activités de l'IMS, une discussion eut lieu sur les rôles de l'infirmière scolaire et de l'enseignant. On y insista aussi sur la cohérence des messages d'éducation pour la santé: "l'école est un canal de communication privilégié, mais il n'est pas le seul, il doit être au diapason des autres canaux de communication dirigés vers les parents et les autres publics cibles"; "l'éducation pour la santé doit se resituer dans un projet éducatif global"; "il faut une coordination des activités d'éducation pour la santé à l'école"; "il ne faut pas multiplier les associations qui vont dispenser des messages d'éducation pour la santé en milieu scolaire";...

La réunion s'est terminée sur une ouverture aux négociations, à la concertation et à une réflexion sur des possibilités de collaboration. L'avenir nous dira si ces bonnes intentions vont se confirmer dans des actions.

Si vous souhaitez plus d'informations sur cette réunion ou les coordonnées de l'une ou l'autre personne de contact au niveau de l'IMS: Centre de Coordination Communautaire, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles, tél.02/512.42.23.

■ Alcool et santé en entreprise

De l'implication de la hiérarchie à la discrétion des syndicats.

L'alcool n'est pas un domaine nouveau pour le monde du travail. Mais le considérer dans le cadre de la promotion de la santé en entreprise ne fait par contre pas encore partie des acquis d'une bonne gestion de la santé publique.

Organisée les 24 et 25 septembre derniers à Huy par l'Association

des Licenciés en Sciences Sanitaires, le C.C.A.D. et le Service Education pour la Santé de Huy, s'est tenue une rencontre internationale sur le thème: "Alcool et Santé en Entreprise" dont aucun des nombreux participants ne pourra nier la haute tenue scientifique et le pragmatisme. Ne pouvant reproduire in extenso tous les exposés, nous retiendrons de cette rencontre quelques pistes de travail proposées par différents intervenants.

Le contexte

A partir de "situations" connues mais souvent mal assimilées ou mal intégrées par le monde du travail, le Professeur Noifalaise a fait ressortir d'une part, le manque de littérature sur les phénomènes d'usage abusif, en milieu de travail, de produits psychotropes autres que l'alcool, et d'autre part, tout l'intérêt de tenir compte de cette très fréquente polytoxicomanie dont la non-reconnaissance empêche d'envisager les "remèdes" avec une réelle chance d'efficacité.

Activités préventives en milieu scolaire

Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire
<p>Agir sur le milieu, sur les comportements, sur les facteurs de risque</p> <p>Pour en diminuer l'incidence</p>	<p>Diagnostiquer et traiter précocement</p> <p>Pour en diminuer la durée et la gravité</p>	<p>(Ré)insérer et réhabiliter</p> <p>Pour diminuer les prévalences et rechutes, séquelles, etc.</p>
<p>Eduquer à la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - individuelle et physique - relationnelle et affective - éducation nutritionnelle - consommation responsable - utilisation des services <p>Protéger l'environnement</p> <ul style="list-style-type: none"> - sécurité et hygiène des locaux, - équipements, repas et collations - sécurité des abords scolaires - rythmes scolaires et activités parascolaire <p>Vacciner suivant l'âge et le type d'enseignement</p>	<p>Dépister les anomalies ayant un retentissement scolaire</p> <p>Dépister les anomalies influençant la santé des futurs adultes</p> <p>Surveiller la croissance et le développement de l'enfant (bilans standards suivant l'âge, le développement le milieu et le type d'enseignement)</p> <p>Examens orientés suivant les risques individuels et collectifs</p>	<p>Enseignement extraordinaire ou différencié suivant les besoins particulier de l'enfant (E.S.), de son milieu éducatif (ZEP)</p> <p>Accompagnement des élèves en difficulté</p> <p>Accompagnement des enseignants en difficulté</p>

La santé à belles dents

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, les affections bucco-dentaires viennent au troisième rang des problèmes de santé en terme d'importance socio-économique, et la réduction de la carie, particulièrement chez le jeune enfant, constitue un de ses objectifs pour l'an 2000 (50% des enfants de 5 ans devraient être exempts de caries en l'an 2000). C'est pourquoi elle a décrété cette année 1994 "Année de la santé bucco-dentaire".

L'Office de la Naissance et de l'Enfance a anticipé cette initiative en lançant l'année passée déjà une vaste campagne de sensibilisation du public.

Selon une enquête réalisée en 1984 par la Fondation pour la Santé Dentaire dans cinq communes de Wallonie, seuls 27% des enfants de six ans étaient exempts de caries. L'objectif de l'ONE est d'arriver à ce que 80% des enfants de cet âge n'en aient pas (plus fort que l'OMS!). Pour arriver à ce résultat, les interventions réalisées durant la première enfance sont déterminantes. Une hygiène bucco-dentaire rigoureuse, mise en place dès le plus jeune âge, peut jouer un rôle prépondérant dans la prévention des affections les plus diverses.

Le Collège des Conseillers Pédiatres de l'ONE a donc inscrit une telle prévention au rang de ses onze priorités, et une campagne de sensibilisation fut aussitôt décidée.

Dino et compagnie

L'ONE a décidé de développer davantage son action au niveau des milieux d'accueil et des consultations de nourrissons, afin de toucher les enfants âgés de 0 à 6 ans, mais aussi leurs parents et leurs éducateurs.

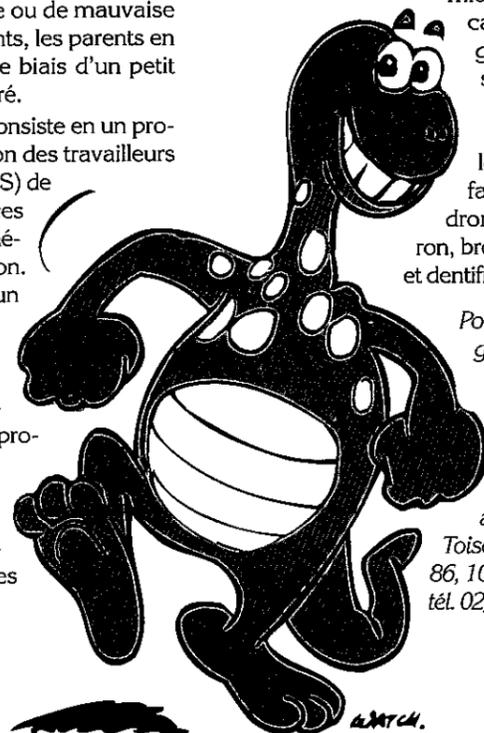
Avec l'appui de la Communauté française, de différents sponsors et de la Fondation pour la Santé Dentaire, une vaste campagne a été élaborée, dont le but était de promouvoir une série de comportements et de les intégrer dans la vie quotidienne: manger moins de sucreries, utiliser le fluor, se brosser les dents correctement, passer une visite bisannuelle chez le dentiste,...

Cette campagne, qui s'étale sur plusieurs années, comporte trois volets. Le premier volet est un programme de sensibilisation du grand public, à l'aide notamment d'une brochure et d'affiches mettant en scène le personnage sympathique de Dino Belles Dents, et du Dentibus, cabinet dentaire sur roues qui a circulé en Brabant wallon jusqu'en décembre 1993. A bord de ce bus, des dentistes ont procédé à des examens de dépistage sur des enfants de 3e maternelle et de 1e et 2e primaires. Aucun soin n'était donné, mais en cas de carie ou de mauvaise implantation des dents, les parents en étaient avertis par le biais d'un petit carnet de santé illustré.

Le deuxième volet consiste en un programme de formation des travailleurs médico-sociaux (TMS) de l'ONE, des services d'inspection et des médecins de consultation. Articulée autour d'un syllabus et de journées d'études, une telle formation entend préparer ces acteurs de santé à la problématique de la santé bucco-dentaire et à l'approche des modes de prévention au niveau des familles.

Enfin, la campagne fera l'objet d'une évaluation par le biais d'un recueil systématique de données informatisées à Bruxelles et dans le Luxembourg.

L'ensemble de la campagne est présenté de façon détaillée dans le numéro de novembre 1993 de "Génération ONE", le "journal des professionnels de la petite enfance". On y trouvera également de larges articles signés par des spécialistes, sur différents thèmes de la santé dentaire: épidémiologie de la



carie en Belgique, le point sur le fluor, les fonctions orales chez le jeune enfant, le syndrome du biberon, brosses à dents et dentifrices,...

Pour tout renseignement: Office de la Naissance et de l'Enfance, Relations Publiques, avenue de la Toison d'Or 84-86, 1050 Bruxelles, tél. 02/542.12.11.■

Le fluor: un nouveau prix dur à avaler

Le G.R.A.S., Groupe de Recherche et d'Action pour la Santé, attire notre attention sur l'augmentation brutale et impressionnante du prix du Zymafluor, utilisé dans la prévention de la carie dentaire. Un prix multiplié par 4,5 ou 7 suivant le conditionnement entre février et décembre 1993.

Cette augmentation correspond à un changement de statut du produit, qui n'est plus aujourd'hui un médicament, mais un "nutriment", échappant ainsi au contrôle des prix et à la réglementation appliqués aux médicaments.

Le G.R.A.S. s'étonne en outre, et vu les circonstances, de voir la marque Zymafluor promotionnée dans le matériel de la campagne d'hygiène bucco-dentaire de l'ONE, à côté du dentifrice Signal et de la RTBF.

Qu'en pensez-vous? N'hésitez pas à faire part de vos réflexions à la rédaction d'Education Santé!

Un séminaire de formation pour enseignants

Contexte

Dans le cadre du Réseau Européen des Ecoles en Santé, la Commission des Communautés Européennes et le Conseil de l'Europe ont chargé le Bureau d'Education à la Santé d'Ecosse d'organiser un séminaire rassemblant des formateurs d'enseignants expérimentés en éducation pour la santé, soit 24 participants des Etats membres de la Communauté et 20 participants de pays hors Communauté.

Ce séminaire s'est déroulé à Edimbourg, du 6 au 10 novembre 1993.

Pour rappel, le service Education pour la Santé de la Croix-Rouge de Belgique a été désigné par le Ministre de la Culture et des Affaires Sociales ayant la Santé dans ses attributions comme coordonnateur du réseau pour la Communauté française et a de ce fait été invité à participer à ce séminaire européen.

Objectifs

Les objectifs de ce séminaire étaient de quatre ordres:

1° familiariser les participants avec le manuel Promoting The Health of Young People in Europe, outil de formation destiné aux enseignants et aux éducateurs;

2° déterminer la place et les modes d'utilisation du manuel dans le processus de mise en place du réseau d'Ecoles en Santé;

3° envisager et planifier des stratégies de diffusion (dissemination) du manuel adaptées à chaque état.

A ces trois objectifs spécifiques s'ajoutait un objectif plus général mais d'une évidente importance:

4° permettre aux participants d'échanger:

- leurs expériences en matière de formation en éducation pour la santé;
- leurs expériences dans la mise en place du réseau d'écoles en santé sur leur territoire national.

Modes de fonctionnement

Le séminaire s'est articulé autour de deux formules de travail:

1° groupes de travail: quatre groupes (dont un groupe francophone) d'une dizaine de participants avec pour tâche essentielle l'exploration du manuel et l'assimilation des concepts de base, de la méthodologie et des techniques qu'il propose;

2° séances plénières: trois séances consacrées:

- aux orientations générales du programme "Réseau d'Ecoles" et aux recommandations des instances européennes (interventions de Mr Jos Draijer (E.C.), de Mr Henri Scicluna (C.E.) et du Dr Erio Ziglio (O.M.S.));
- à la mise en place et au développement du Réseau dans certains pays (Allemagne, Grèce, Pologne);
- à la synthèse et aux conclusions des travaux du séminaire.

Organisation

Il est primordial de souligner la remarquable organisation et l'excellente atmosphère qui ont enveloppé les participants tout au long du séjour.

Mêlant humour et sérieux, cordialité et efficacité, confort matériel et rigueur intellectuelle, le Health Education Board for Scotland a ainsi imprégné chaque représentant national de la Scottish Way of Life, dont les valeurs fondamentales ne sont pas sans rappeler les principes d'écoute active, de respect, d'assertivité, d'estime de soi ..., qui animent le Training Manual.

Le Manuel de Formation

L'événement de ce séminaire consistait en la mise à la disposition des participants du manuel européen "Promotion de la Santé des Jeunes en Europe".

Résultat de plusieurs années de coopération au niveau européen, reflet des travaux des Universités d'Eté de Southampton et de Montpellier, ce manuel, remarquablement conçu et réalisé par le Département Ecossais de la Santé, constituera dorénavant LA référence en matière de promotion de la santé en Europe et permettra d'assurer cohérence, continuité et effi-

cacité dans les programmes développés au niveau européen.

Chaque coordonnateur national dispose maintenant d'un ouvrage de qualité, qui servira non seulement à former les enseignants, les éducateurs, les travailleurs médico-sociaux en éducation pour la santé mais aussi à rassembler tous les partenaires (directeurs d'école, I.M.S., P.M.S., enseignants, parents, professionnels de la santé, professionnels de l'éducation,...) autour d'une philosophie, d'une méthode et de techniques communes, homogènes et expérimentées.

Ce document devrait être bientôt disponible dans les neuf langues communautaires.

Le sommaire

Mieux qu'un long discours, la présentation du sommaire permettra au lecteur de se forger une idée de l'esprit et des priorités du manuel.

Celui-ci se partage en deux sections et quatorze chapitres:

Section I: *Health Promotion and Health Education in Schools*

1. Good Health
2. The Health Promoting School
3. Method
4. The Health Education Curriculum
5. Partnerships with Parents
6. Evaluating Health Education Programme
7. Managing Change

Section II: *The Curriculum*

8. Relationships and Self-Esteem
9. Assertiveness
10. Sexuality
11. AIDS Education
12. Substance Use and Abuse
13. Safety and Healthy Risks
14. Healthy Eating

Le Contenu

Pour permettre au lecteur de pénétrer l'esprit et la forme du manuel, nous lui

(exemple: pièce de théâtre, cassette vidéo,...).

Participation active des enseignants et animateurs

Faire participer activement les enseignants est un élément essentiel de notre travail. Après l'élaboration du thème, nous leur en soumettons le contenu afin qu'ils puissent apporter leurs remarques. Nous leur proposons de préparer avec les jeunes certains aspects de l'animation lors de cours qui s'y prêtent, tels que le cours de français, éveil et biologie,... et de réfléchir avec nous sur l'exploitation du thème après l'animation. Enfin, chaque enseignant est invité à remplir une grille d'évaluation sur l'activité. Nous procédons de même avec les animateurs, à quelques variantes près puisque les thèmes sont exploités au cours d'ateliers (théâtre, bricolage, sport,...).

Création de nos propres outils de travail

Constatant la carence de beaucoup d'outils pédagogiques, nous essayons de créer nous-mêmes des outils adaptés. A titre d'exemple, nous avons créé pour le thème de l'hygiène corporelle les outils suivants: mannequin avec membres détachables, tête géante avec organes des sens détachables,

"tête à poux" et "costumes de poux", jeu de société "comedia santé".

Toujours sur le thème des poux, les brochures d'information existantes étant peu adaptées à notre public, nous avons élaboré et produit deux brochures: une brochure destinée aux parents alphabétisés (dessins + textes) et une brochure destinée aux parents non-alphabétisés (dessins uniquement).

Evaluons...

Une première évaluation porte sur les connaissances acquises par les jeunes et sur les outils créés.

Une deuxième évaluation porte sur la satisfaction des enseignants, quant à la méthode et aux outils utilisés.

Faire avec...

Les obstacles que nous devons franchir au quotidien sont nombreux et nous devons sans cesse composer avec les réalités du terrain, tant dans l'associatif que dans le milieu scolaire, telles que:

- les conditions de travail précaires et l'extrême mouvance du personnel qui rendent le suivi difficile;
- la difficulté de se former dans des domaines aussi divers (pédagogiques, culturels, médicaux, sociaux, psychologiques,...);

- la course "frénétique" aux subsides;
- l'impossibilité pour le service social (composé de deux personnes) de répondre à toutes les demandes, de plus en plus nombreuses, de la part des enseignants (en 92-93, nous avons vu 1250 jeunes, dont 600 en partenariat).

Malgré tout ça... la motivation de continuer est bien là et provient sans doute des réactions positives des jeunes, des enseignants et des animateurs:

"activités présentées de manière attirante, décontractée, gaie, amusante et ludique"

"séances basées sur des notions concrètes en rapport avec la vie quotidienne des enfants"

"autre approche des matières pour les élèves et moi-même, ça donne des idées..."

Annick Clijsters et Sophie Fiévet, pour la maison médicale Norman Bethune

(1) Nous, c'est la maison médicale Norman Bethune, une équipe de soins de santé de première ligne, comprenant des médecins, des paramédicaux et un service social, implantée à Molenbeek, vieux quartier de Bruxelles dévasté par les travaux publics et le pourrissement immobilier, où vit une population défavorisée, en majorité d'origine maghrébine.

Article relatif à un programme ayant reçu une subvention de la Communauté française de Belgique

L'enfant, sa famille et les médicaments

Les 2 et 3 décembre 1993, se tenait à Paris un colloque organisé par l'Institut de l'enfance et de la famille (IDEF). Ce colloque avait pour thème: l'enfant, sa famille et les médicaments.

Ces deux journées avaient été construites autour de 4 objectifs:

- chercher à délimiter les termes et à identifier les principaux enjeux présumés du thème, en France, en 1993;
- mieux connaître et mieux chercher à connaître les réalités de la consommation pharmaceutique des enfants et des jeunes;

- mieux comprendre et mieux chercher à comprendre les mécanismes de la consommation pharmaceutique des enfants et des jeunes;
- mieux former, mieux informer, mieux communiquer: à la recherche de quelques recommandations.

Comme le résume Frédéric Jesu, chargé de mission de l'IDEF, ce colloque a permis de mettre en lumière quelques enjeux: l'influence prioritaire mais controversée de la famille, la sous-estimation du rôle du pharmacien, la recherche d'une approche éducative encore conçue comme ex-

tra-familiale et la démunition des médecins face à un flux d'injonctions médicalisantes.

Les organisateurs du colloque émettent le souhait qu'un certain nombre de pistes d'études et d'interventions présentées lors de ce colloque puissent être explorées concrètement dans un proche avenir.

Pour tout renseignement complémentaire (liste des interventions disponibles,...): IDEF, 3 rue Coq-Héron, 75001 Paris, France, tél.: (1) 40.39.90.03. ■

Médecine de l'Adolescence

Le Premier Forum de Médecine de l'Adolescence, organisé par le Comité Français pour l'Adolescence, s'est tenu à Paris les 10, 11 et 12 décembre derniers, avec la participation du Comité Français d'Education pour la Santé (C.F.E.S.), de la Fédération des Parents d'Elèves de l'Enseignement Public (F.P.E.E.P.), de l'Association Française des Médecins Scolaires. (A.F.M.S.U.).

Aperçu du programme

Le Forum s'est articulé autour de huit tables rondes consacrées à:

- "L'hépatite B: l'Adolescent, sujet à risque"
- "Contraception à l'adolescence: l'avenir se prépare à 16 ans"
- "Adolescents et acné: le rôle du médecin généraliste"
- "Crise d'adolescence ou Dépression?"
- "L'asthme à l'adolescence"
- "Echec scolaire: Echec de Vie?"
- "Sida, Que dire? Que faire?"
- "Sexe, Prévention et Média"

Déroulement des tables rondes

Chaque table ronde s'est déroulée en deux parties:

- communications par des spécialistes (médecins, psychiatres, chefs d'école, journalistes,...) traçant un portrait global de la question abordée à travers des approches complémentaires (recherche scientifique, expérience de terrain, démarches de prévention primaire, secondaire ou tertiaire,...);
- échanges, questions/réponses, débat, avec la salle composée en majorité de médecins généralistes, de médecins scolaires, de travailleurs médico-sociaux, d'éducateurs à la santé et ... d'adolescents à la table ronde "Sexe, Prévention et Média".

Contenu des tables rondes

La qualité des orateurs, la densité et la richesse de leurs interventions, la va-

riété et l'originalité des réflexions du public nécessiteraient un long développement dépassant largement le cadre de cet article.

Nous nous limiterons donc à relever quelques points-clés, particulièrement significatifs, interpellants ou utiles dans le cadre des missions et des programmes d'éducation pour la santé.

Cette présentation sommaire est loin d'être exhaustive; nous tenons à la disposition du lecteur la liste de toutes les interventions ainsi que leurs comptes rendus détaillés.

Le rôle des parents en éducation pour la santé

Intervention de J-P Bocquet, président de la Fédération des Parents de l'Enseignement Public

Face à des médecins scolaires et à des travailleurs médico-sociaux certes compétents mais "dépassés" par leur manque chronique de moyens, face à des enseignants intellectuellement intéressés par les problèmes de santé mais "non concernés" dans les faits, Monsieur Bocquet entend privilégier le rôle des parents dans le processus d'éducation pour la santé.

Il envisage les parents à la fois comme des modèles de conduite, des leaders d'opinion et des "informateurs" transmettant des messages et des aptitudes.

L'originalité de cette intervention tient en un point essentiel: la nécessité pour Monsieur Bocquet de former les parents à analyser, décoder, remettre en cause, digérer, toutes les informations, vérités et semi-vérités, qui concernent la santé de leurs enfants; et ce tant au point de vue des contenus des informations que des méthodes utilisées pour les "faire passer".

Monsieur Bocquet s'interroge sur les limites éthiques d'objectifs visant à "modifier" des comportements de santé et préfère parler de liberté de conscience et de choix responsables, rappelant les effets pervers de certaines campagnes d'éducation pour la santé.

Hépatite B

Interventions des Professeurs Bègué, Berthelot et Micoud

Ces interventions ont essentiellement présenté:

- les différents virus des hépatites et leurs caractéristiques;
- les aspects cliniques de l'hépatite B;
- l'épidémiologie générale;
- les nouvelles stratégies de prévention.

Quant à ce dernier point, la prévention passe, aux yeux des spécialistes, par la vaccination, non plus sélective (personnel de santé, homosexuels, toxicomanes) mais "universelle" (nouveaux-nés et jeunes enfants (vaccins associés), adolescents et groupes à risques).

D'où une double priorité: faire campagne auprès des adolescents pour les informer et les persuader de l'utilité de se faire vacciner, convaincre les responsables politiques de dégager les fonds nécessaires à une stratégie de vaccination universelle.

Contraception

Intervention du Docteur Bohbot sur la prévalence et la prévention des M.S.T. à l'adolescence

Quelques points de cette intervention méritent d'être mis en exergue.

La notion de multipartenariat est pour les adolescents très différente de celle des adultes: si ces derniers peuvent, au cours d'une même période, avoir des relations sexuelles avec plusieurs partenaires, les adolescents, par contre, peuvent avoir de nombreux partenaires mais successivement; ils "changent" souvent mais sont fidèles au partenaire du moment.

Liée au point précédent, l'absence de communication au sein du couple d'adolescents laisse chaque partenaire assumer seul ses éventuels problèmes de M.S.T.

Il y a, pour le Docteur Bohbot, nécessité absolue de bien cibler l'information en matière de M.S.T.; en général, l'information privilégie l'adolescente, déjà "favorisée" par les contacts "ha-

bituels" avec son gynécologue, les conversations avec sa mère, les confidences avec les copines,...; quid du garçon? quel est son interlocuteur privilégié? a-t-il une reconnaissance de ses problèmes spécifiques? est-il tenu compte de son malaise en la matière? Cette remarque se justifie d'autant plus dans le contexte de la prévention sida où le garçon, par le port du préservatif, devient acteur de la prévention.

Interventions des Docteurs Rozenbaum et Serfaty sur la pilule

Ces deux intervenants ont présenté des données scientifiques faisant notamment le point sur la contraception orale en 1993 et sur les effets bénéfiques de la pilule chez l'adolescente.

Ils ont également abordé le problème de la dissociation du double message "prenez la pilule"/"utilisez le préservatif" et les confusions qui en découlent (légère augmentation du nombre d'I.V.G. chez les adolescentes due sans doute à la fausse conviction que le préservatif protège à 100% de la grossesse et rend la prise de la pilule inutile).

Intervention du Docteur Tamborini sur "L'Amour à 20 ans"

Cet intervenant a présenté les résultats d'une enquête menée auprès des lectrices (âge moyen: 19 ans) du journal "20 ans": "quelle est votre vie amoureuse et sexuelle?". Les résultats (10.581 questionnaires renvoyés!) ainsi que quelques éléments d'analyse sont à la disposition du lecteur qui nous en ferait la demande.

Epinglons ce passage concernant l'information en matière de sexualité: "Ce qu'elles savent sur la sexualité, 73% le tiennent principalement de leurs copains et copines, 67% des journaux féminins, 40% de leur mère, 37% de livres, 20% de leurs profs, 17% de leur médecin. (...) Pour une question délicate, 34% s'adresseraient à leur soeur, 24% à leur meilleure amie, 14% à un service minitel, 10% à un enseignant, 5% à un médecin,..."

Intervention du Docteur Bergerot (médecin scolaire) sur les expériences d'éducation sexuelle et affective en milieu scolaire

Le docteur Bergerot a décrit diverses expériences menées en milieu scolaire

et a notamment ciblé les conditions nécessaires à la mise sur pied d'interventions d'éducation sexuelle auprès des jeunes:

- des adultes bien préparés
- des petits groupes
- des participants "volontaires"
- du matériel adapté
- une approche positive de la prévention
- une démarche partant du vécu des jeunes

Dépression

Intervention du Docteur Chabrol sur la reconnaissance des dépressions chez l'adolescent

Cet exposé fut consacré à analyser les causes de méconnaissance des états dépressifs chez l'adolescent. Pour l'orateur, cette méconnaissance provient de l'aspect souvent trompeur des dépressions de l'adolescent lié notamment à:

- des signes d'appel qui peuvent souvent passer pour anodins;
- la méconnaissance par les parents et les éducateurs de la dépression, de ses mécanismes, de ses modes d'expression;
- la rareté de l'aspect triste;
- la difficulté à reconnaître l'humeur dépressive en raison de la fréquence des attitudes de réticence ou de déni;
- un mode d'expression atypique fréquent;
- la fréquente comorbidité (en particulier troubles anxieux et troubles de conduite).

La distinction entre une dépression réelle et un état "normal" à l'adolescence intègre l'observation stricte de critères de diagnostic quant à la fréquence, la durée, l'intensité et l'association de symptômes concernant l'humeur, l'intérêt pour les activités, le poids, le sommeil, la fatigue, l'estime de soi, la concentration,...

Le Docteur Chabrol a enfin présenté la démarche diagnostique axée sur l'alternance d'entretiens semi-structurés et d'entretiens libres avec l'adolescent.

Intervention du Docteur Parquet sur les modes d'expression de la dépression chez l'adolescent

Un objectif primordial aux yeux du

Docteur Parquet est de développer chez l'adolescent

- la capacité à comprendre sa dépression;
- la capacité à accepter d'avoir besoin d'être aidé;
- la capacité à rencontrer ceux qui peuvent aider.

La qualité de l'aide apportée par les professionnels de la santé passe par leur capacité à trouver un point de rencontre entre la "théorie scientifique" (connaissances des médecins à propos de la dépression des adolescents; schème de référence savant auquel il "faut faire coller" le discours de l'adolescent) et la "théorie privée" (connaissances, croyances, perception de l'adolescent par rapport à son malaise).

Sexe, prévention et média

L'intérêt de cette table ronde résidait en la présence du Docteur Spitz, pédiatre de formation, célèbre animateur sur Fun Radio de l'émission "Love in Fun" au cours de laquelle les adolescents peuvent, en toute liberté et en tout anonymat, poser toutes les questions qui les préoccupent et s'entendre proposer, sur un ton humoristique, "branché", souvent provocateur, des réponses concrètes et originales.

En quelques années, "Doc" est devenu une véritable idole pour des centaines d'adolescents et ne manque pas de provoquer la méfiance, la colère ou l'imitation de ses pairs qui parlent volontiers de démagogie, de manipulation, de show médiatique. Le succès n'étant pas nécessairement synonyme de qualité, la majorité des professionnels souhaiterait une analyse scientifique de la "méthode" de Doc et une évaluation de l'impact de ses émissions. "Ecouter", "parler vrai", "ne pas moraliser", "répondre clairement sans faux-fuyants", tels sont les mots-clés de la démarche du Docteur Spitz, apparemment soutenu par les jeunes qui regrettent, le sanglot dans la voix, qu'il n'y ait pas plus d'hommes comme Doc qui peuvent nous écouter".

Conclusions

A l'heure où le concept de promotion de la santé centré sur la santé globale,

l'estime de soi, l'environnement,..., est privilégié par les professionnels de la santé, avec en corollaire la perception positive, parfois "édulcorée" ou exagérément optimiste de la santé, ce Forum a eu le grand mérite de rappeler, sans pour autant nier la promotion de la santé en tant que processus d'épanouissement et de bien-être de l'individu:

- l'urgence de problèmes de santé publique, comme l'hépatite B à laquelle les adolescents sont particulièrement exposés;

La santé positive

On n'a pas la santé quand on a 17 ans (et qu'il y a des tilleuls verts sur la promenade). On est la santé.

D'autant que pour l'avenir, le travail c'est la santé, rien faire c'est la conserver, on risque pas grand chose.

Alors, promotion de la santé, rasoir, rien à poncer!

C'est vrai que pour les jeunes, de prime abord, la santé, c'est l'image en miroir de la maladie ("t'es malade", c'est une insulte), c'est l'image du médecin, personnage qui pique et qui interdit, l'image d'une autorité en plus, c'est pas marrant. Quoi de plus normal, ils n'entendent parler de santé que par ceux qui en manquent, ou sur le mode de l'évitement de la maladie par le respect de toute une série de règles plus ou moins coercitives. Premier constat.

Il nous (1) a donc paru important de contribuer à une autre vision de la santé, une vision positive, celle d'un bien qu'on possède, qu'on entretient, qu'on fait valoir, et c'est gai.

Si la maladie a à faire avec le médecin, la santé est l'affaire de tous. Démédicaliser la santé est le préalable indispensable à tout travail de promotion de la santé. Deuxième constat.

A la maison médicale Norman Bethune, c'est donc le service social (deux assistantes sociales), aidé par toute l'équipe, qui prend en charge tout le travail de promotion de la santé.

- la gravité d'affections certes plus bénignes sur le plan médical mais aux conséquences souvent douloureuses et invalidantes pour l'adolescent comme l'acné ou l'asthme,
- la progression inquiétante des états de dépression recensés chez les adolescents et l'augmentation des tentatives de suicide chez les jeunes.

Si le monde médical occupait une place de choix lors de ce colloque, des pistes de collaborations, d'échanges, d'aide réciproque, n'en ont pas moins été dessinées pour chaque profes-

sionnel de la santé en fonction de ses compétences, de son "territoire", de son public. Chaque partenaire (parents, enseignants, généralistes, psychiatres, médecins scolaires, chefs d'écoles, éducateurs à la santé,...) a un rôle, des objectifs, des prérogatives, des stratégies, à la fois spécifiques et complémentaires.

Ce n'est qu'au prix d'une constante interdisciplinarité que la prévention pourra se révéler efficace auprès des adolescents.

André Lufin, Croix-Rouge de Belgique ■

Pratiquement, le service social assure des animations collectives en éducation pour la santé auprès de la population du quartier, en travaillant exclusivement avec les structures locales existantes (écoles, associations socio-culturelles). Ce travail tend à apporter une information sur les thèmes demandés et à concrétiser celle-ci en favorisant la création d'outils pédagogiques et ludiques.

Un triple objectif

- sensibiliser les jeunes à découvrir leur propre corps et à exprimer leurs besoins en matière de santé;
- leur donner les conditions d'accès à une prise en charge responsable de leur santé et à l'acquisition des comportements optimaux;
- sensibiliser les enseignants et les animateurs à cette problématique.

De quoi on parle...

Nous développons un thème principal par année scolaire. Au début de chaque année scolaire, nous envoyons notre programme dans les écoles et les associations socio-culturelles avec le thème que nous allons aborder.

Le thème choisi annuellement provient de la liste des thèmes relevés auprès des enseignants et des animateurs, ainsi que des problèmes de

santé observés chez les jeunes par l'équipe de la maison médicale.

Nous avons déjà abordé les thèmes suivants: hygiène dentaire - corporelle - alimentaire; corps en mouvement; éducation sexuelle et affective; accident domestique;...

Comment on fait...

Participation active des jeunes

- en s'inspirant de plus en plus des techniques Drama, en insérant des exercices de relaxation et en utilisant des jeux divers;
- en favorisant la création d'outils par les jeunes.

Sur base de l'information donnée, nous créons ces outils avec les jeunes au sein des ateliers existants dans les associations ou les écoles (bricolage - cuisine - théâtre - ...) en fonction des besoins de chaque structure.

Le matériel servira de support réutilisable pour transmettre l'information dans son environnement propre (exemple: mise sur pied d'un snack "Bonne mine" au sein d'une maison de quartier, fabrication de savon,...).

Parallèlement à la première démarche, nous favorisons la création d'un outil pédagogique avec un groupe choisi, outil qui servira à d'autres groupes. Le choix de cet outil se fera en fonction du souhait des jeunes et des demandes des structures