

## Tabagisme Bruxelles

**26 mai 1992**

Avec quelques jours d'avance sur la Journée mondiale sans tabac, la Fares organise via son service Gestion Tabac Entreprise (GTE) une conférence-débat réunissant les entreprises qui se sont appuyées sur le programme GTE. Leurs réalisations en matière de prévention du comportement tabagique et de gestion de la cohabitation entre fumeurs et non-fumeurs y seront présentées.

Les représentants d'entreprises n'ayant pas encore "franchi le pas" trouveront là l'occasion de bénéficier de cette expérience. La presse sera invitée à cet échange.

Cela se passera à l'Hôtel Métropole à 10h30.

Renseignements: Luc Schreiden, Fares, service GTE, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/512.20.83.

## Travail social Mons

**26-27 mai 1992**

Formation approche systémique - travail de quartier: jeunes, personnes âgées. Intervenants: C. Vander Borgh, directrice de la Gerbe et collaborateurs.

Lieu: Université de Mons-Hainaut, Cité Universitaire, rue de la Grande Triperie 30-34, 7000 Mons, de 9 à 17 heures.

Renseignements et inscriptions: Centre de Perfectionnement et de Recherche en Travail Social, rue du Gouvernement 50, 7000 Mons, tél. 065/33.56.86.

## Tabagisme

**31 mai 1992**

Journée mondiale sans tabac. Thème: "Travail sans tabac, franchissons le pas".

Renseignements: OMS, Programme Tabac ou Santé, 1211 Genève 27, Suisse, tél. (022) 791.21.11, fax (022) 791.07.46.

Les actions Fares

- Envoi d'une circulaire aux pouvoirs de tutelle et aux responsables des établissements scolaires primaires et secondaires inférieurs de la Communauté française de Belgique (5000 envois). Cette circulaire est signée par le Ministre de l'Éducation de la Communauté française de Belgique.

- Envoi d'un trimestriel spécial "31 mai 1992 - le bien-être sans tabac" auprès des 15 000 membres actuels et de 100 écoles relais.

- Conférence de presse "Bilan entreprises - le travail sans tabac" (voir 26 mai).

Pour tous renseignements complémentaires, prendre contact avec Caroline Rasson, Section de lutte contre le tabagisme, Fares, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles. Tél: 02/512.29.36. Fax: 02/512.32.73.

## Villes Santé Anvers

**5 juin 1992**

Congrès "Villes et Communes Santé en Belgique".

Renseignements: Institut Provincial d'Hygiène d'Anvers, Kronenburgstraat 45, 2000 Antwerpen, tél. 03/238.58.84, fax 03/237.70.22.

## Emplois - offre

Engageons du 1er septembre au 31 décembre 1992 à temps plein H/F ayant une formation en éducation pour la santé. Envoyer curriculum vitae avant le 30 mai au Dr Maryse Wanlin, Fares, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles.

## Emplois - demandes

Infirmière sociale, diplômée en juin 1984, expérience PMS/IMS et en éducation pour la santé, cherche travail secteur médico-social (ONE, PMS, planning familial, secrétariat médical,...). Christine Vandersteeën, rue de la fontaine 22, 1450 Blanmont. Tél.: 010/65.02.18.

Graduée en psychologie, spécialisation: clinique, ayant réalisé des stages en PMS, en home pour enfants du juge, en hôpital (section psychiatrique et laboratoire du sommeil). Coordonnées: Santoro Laura, avenue du Bon Air 3, 7021 Havré - Mons, tél. 065/87.19.01.

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



# EDUCATION SANTÉ

UN OUTIL AU SERVICE DES INTERVENANTS EN EDUCATION  
POUR LA SANTÉ DANS LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE DE BELGIQUE

MENSUEL (NE PARAIT PAS EN JUILLET ET EN AOUT) MAI 1992 ISSN 0776-2623

68

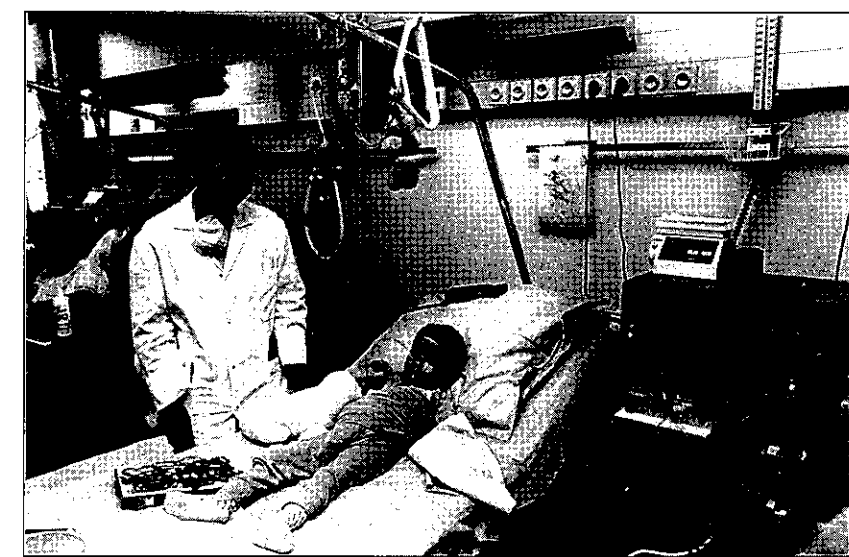


Photo Marc Deville - Photonews

## L'enfant et l'hôpital p.8

## Stratégie

Les Femmes Prévoyantes Socialistes, service agréé, Catherine Spiece, p.3

## Réflexions

Le médecin et la prévention du tabagisme, p.4

La sophrologie, Philip Degand, Pierre Ramaut p.5

## Initiatives

Travail sans tabac, franchissons le pas p.11

Quand l'Ecole et la Croix-Rouge se mettent à table, André Lufin p.13

## Lu pour vous

L'indispensable collection Promotion de la Santé, Michel Demarteau p.32

Les soins palliatifs, Agnès Schiffino p.39

## Documentation

La nouvelle rubrique "Doc ad hoc de RESODOC", p.43

## Et notre supplément

Guide pour les demandes de subvention

## Comment présenter un projet en éducation pour la santé?

Depuis deux ou trois ans, les qualités de conception et de structuration des programmes d'action et de recherche en éducation pour la santé pour lesquels le soutien financier de la Communauté française de Belgique est demandé sont en progrès. C'est du moins l'impression de ceux qui ont l'occasion d'en prendre connaissance. On peut y trouver plusieurs causes: une professionnalisation du secteur, comportant de plus en plus de travailleurs possédant une formation supérieure en éducation pour la santé; la diffusion plus efficace qu'auparavant de documents méthodologiques de bon niveau; l'appui intellectuel que de nombreux services agréés n'hésitent pas à accorder quand on le leur demande; etc.

Evidemment, il y a toujours moyen de faire mieux, et quand on lit la description complète, détaillée, gourmande, où perce parfois une pointe d'envie que nous fait Michel Demarteau de la collection québécoise "Promotion de la santé", on se dit que nous avons encore du chemin à parcourir dans notre petite communauté Wallonie-Bruxelles.

Dans cette perspective, soyons sûrs que nombre d'entre vous accueilleront avec intérêt notre supplément du mois, le "Guide pour les demandes de subvention", fruit d'une étroite collaboration entre Education Santé, l'Administration du Ministère de la Santé et l'A.P.E.S. Que Michel Demarteau (encore lui), Marie-Cécile Fréteur et Roger Lonfils en soient d'ailleurs remerciés ici!

Ce document pratique vous offre en 8 pages une triple information: les renseignements concrets pour introduire une demande de subvention, un rappel de la réglementation en la matière, une proposition de canevas de présentation d'un programme d'action, élaborée sur le modèle de l'A.P.P.R.E.T. mais plus simple à exploiter.

Vu l'intérêt évident de cette brochure, nous en avons réalisé quelques centaines d'exemplaires supplémentaires en tirés-à-part, qui seront diffusés essentiellement par l'Administration et les coordinations.

Autour du supplément, il y a évidemment une livraison très variée de votre mensuel. Ainsi, le tabac est en vedette, Journée Mondiale sans Tabac oblige. Quel peut être le rôle du médecin pour motiver le fumeur à arrêter? La publicité vise-t-elle spécifiquement les jeunes, pour renouveler le marché? Le Club Première Génération sans Tabac de la Fares est-il en train d'en faire un, de tabac?

Vous trouverez aussi nos habituelles rubriques "Matériel" et "Lu pour vous", que nous avons dû écarter du numéro précédent à cause d'un excès (dont nous nous réjouissons!) d'Initiatives".

Ensuite, nous avons le plaisir d'accueillir à partir de ce numéro un nouveau partenaire, à côté des Mutualités Socialistes ("Entraide"), de la Médiathèque ("Vu pour vous - A vos magnétoscopes") et de l'Agence Prévention Sida ("Prévention sida"). Il s'agit du RESODOC, qui nous concoctera régulièrement une rubrique au titre percutant, "La doc ad hoc". De quoi susciter des vocations de documentalistes.

Enfin, à notre grand regret, nous devons vous annoncer que le Poisson Géant présenté en avril a coulé corps et biens...

**Christian De Bock**, rédacteur en chef

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

*Rédacteur en chef: Christian De Bock.*

*Conseiller de la rédaction: Jacques Henkinbrant.*

*Secrétaire de rédaction: Bernadette Taeymans.*

*Secrétaire de rédaction adjoint: Roger Swinnen.*

*Rédaction, documentation, abonnements: Maryse Van Audenhaege.*

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

*Editeur responsable: Jean Hallet.*

*Maquette: Philippe Maréchal.*

*Composition, photogravure et impression: Economat ANMC.*

*Tirage: 1900 exemplaires.*

*Diffusion: 1700 exemplaires.*

*ISSN: 0776-2623.*

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

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

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

*Ont collaboré à ce numéro: Tonia Bertrand, Pierre Dantine, Philip Degand, Michel Demarteau, Françoise Fierens, Jacques Henkinbrant, Eric Jauniaux, André Lufin, Pierre Ramaut, Caroline Rasson, Bénédicte Reginster, Agnès Schiffino, Catherine Spiece, Roger Swinnen, Eric Vandersteenen.*

## Psychologie

### Mons

**4 mai 1992**

L'intégration des pertes et des deuils (perfectionnement en gérontologie).

Lieu: Université de Mons-Hainaut, Cité Universitaire, rue de la Grande Triperie 30-34, 7000 Mons, de 9 à 17 heures.

Renseignements et inscriptions: Centre de Perfectionnement et de Recherche en Travail Social, rue du Gouvernement 50, 7000 Mons, tél. 065/33.56.86.

## Handicap

### Mons

**7 mai 1992**

Rééducation de l'hémiplégique adulte selon B. Bobath et M. Johnstone. Intervenant: Th. Lemaire, kinésithérapeute, Cliniques Universitaires St-Luc.

Lieu: Ecoles Provinciales de Nursing, Boulevard Kennedy 2, 7000 Mons, de 9 à 17 heures.

Renseignements et inscriptions: Centre de Perfectionnement et de Recherche en Travail Social, rue du Gouvernement 50, 7000 Mons, tél. 065/33.56.86.

## Accompagnement des malades

### Archennes

**7,14,21 mai, 4 juin 1992**

L'Association "Domus - Vivre sa maladie chez soi" organise une formation à l'accompagnement des personnes en fin de vie, pour les soignants et les volontaires: 4 jours de 9h30 à 16h30.

Renseignements: M.P. Mandy 010/86.70.08 ou Domus, rue Elie Degeldre 5a, 1320 Hamme-Mille, tél. 010/84.15.55 du lundi au vendredi de 9 à 13 heures.

## Petite enfance

### Bruxelles

**14 mai 1992**

Réunion d'information scientifique organisée par le Conseil Scientifique de l'ONE sur le thème: "La grossesse, la naissance et l'enfance - L'ONE et la recherche". De 9 à 18 heures à l'Auditorium 44. Entrée libre.

## Accompagnement des malades

### Bruxelles

**14-15 mai 1992**

"Soigner aussi... par la tendresse", séminaire de formation avec Jacques Salomé, psychosociologue, de 9h30 à 12h et de 14h à 18h.

Lieu: Centre Boetendael, rue du Doyenné 92, 1180 Bruxelles.

Prix: 3100FB par personne (2600FB pour les étudiants) par groupes de minimum 4 personnes.

Renseignements et inscriptions: "B and B", tél. 02/344.14.02, fax 02/343.24.42.

## Education pour la santé

### Athènes (Grèce)

**14 au 16 mai 1992**

Deuxième conférence européenne sur l'Efficacité en Promotion de la Santé et Education pour la Santé.

## Maux de dos

### Mons

**21 mai 1992**

Ne plus se casser le dos. Intervenant: M.F. Moucheron, infirmière enseignante, formatrice en manutention selon P. Dotte.

Lieu: Ecoles Provinciales de Nursing, Boulevard Kennedy 2, 7000 Mons, de 9 à 17 heures.

Renseignements et inscriptions: Centre de Perfectionnement et de Recherche en Travail Social, rue du Gouvernement 50, 7000 Mons, tél. 065/33.56.86.

## Ethique et handicap

### Namur

**21-22 mai 1992**

Colloque organisé par le Centre Interfacultaire Droit, Ethique, Sciences de la Santé (CIDES) et le Département de Psychologie de la Faculté de Médecine des Facultés Universitaires Notre-Dame de la Paix à Namur.

Le thème: Ethique et handicap mental. Autonomie: intégration et différence.

Les conférenciers: J. Chanteur et B. Rehalha (Paris), JM Gauthier (Namur et Paris), E. Hirsch (Paris), S. Ionescu (Canada), F. Goffioul (Liège), P. Kemp (Copenhague), JM Lambert (Fribourg), R. Salbreux (Paris).

Renseignements: D. Gérumont, Relations extérieures - Cellule organisation, rue de Bruxelles 53, 5000 Namur. Tél.: 081/72.50.34. Fax: 081/72.50.37.

## Tabagisme

### Fain-les-Moutiers (Bourgogne - France)

**23-24 mai 1992**

19ème congrès de la Ligue Contre la Fumée du Tabac en Public - Les Droits des Non-Fumeurs (L.C.F.T.P.-D.N.F.). Thème: les non-fumeurs et la loi.

Un dépliant informatif est disponible auprès du secrétariat de la section belge, chez AIR PUR, rue du Thier-à-Liège 142, 4000 Liège 1, tél. 041/27.13.00.

Les documents renseignés dans cette rubrique peuvent être consultés au centre de documentation d'Infor Santé, rue de la Loi 121 (3ème étage), 1040 Bruxelles. Le centre est ouvert le lundi, mardi, jeudi et vendredi, uniquement sur rendez-vous pris au 02/237.48.53.

## Matériel

### ACCIDENT DOMESTIQUE

- MOLOCH (dessins), Houla, Maman, bobool, Mutualité de Bourgogne Service Prévention, Dijon, 1991, 31p., brochure, acd21.

- Des jouets moins innocents que les enfants, Commission des Communautés Européennes, Bruxelles, 32p., brochure, acd22.

- Un logement sûr pour nos enfants, ONE, Bruxelles, 1991, 31p., brochure, acd23.

### ALIMENTATION

- M.-J. VANLEEUW, V. RESSELER, Voilà comment manger sans gluten, REGA School - Instituut voor Paramedisch, Technisch en Economisch Hoger Onderwijs, Leuven, 1991, jeu, ali53.

- Manger varié alimente la santé, Mouvement Coopératif Féminin - Promocoop, Bruxelles, 1991, affiche, ali54.

- Manger varié alimente la santé, Mouvement Coopératif Féminin - Promocoop, Bruxelles, 1991, dépliant, ali55.

- Matins Turbo, Infor Santé Mutualité Chrétienne de Charleroi, 1991, brochure, ali56.

### MALADIE INFECTIEUSE

- Sinusite, Question Santé, Bruxelles, Fiches Question Santé, n°95, 01/92, fiche, san14c.

### MEDICAMENT

- A la découverte d'un médicament, Recherche et Vie, Bruxelles, 1992, brochure, med30.

- A la découverte d'un trésor, Recherche et Vie, Bruxelles, 1992, brochure, med31.

### OEIL

- Les troubles de la vision (1ère partie), Question Santé, Bruxelles,

Fiches Question Santé, n°93, 11/91, fiche.

- Les troubles de la vision (2ème partie), Question Santé, Bruxelles, Fiches Question Santé, n°94, 12/91, fiche.

### PERINATALITE / NOURRISSON

- Il n'y a pas plus sain, ONE, Bruxelles, 1992, brochure, vib08.

### TABAGISME

- Fume-t-elle encore?, BASP, Bruxelles, 1991, 32p., brochure, ast44

## Livres

### ALIMENTATION

- A.F DUSART, M. PREVOST, Les comportements alimentaires des adultes en Belgique et dans la CEE, PROMES ULB Ecole de Santé Publique, Bruxelles, Santé Pluriel, n°6, 1991, 31p., 200FB, enquête, ali58.

- S. HEILPORN, N. du BLED, Igor dévore, Mouvement Coopératif Féminin - Promocoop, Bruxelles, Ed. Labor, 1991, 61p., 395FB, livre illustré, ali59.

- Manger varié alimente la santé - Cahier pédagogique, Mouvement Coopératif Féminin - Promocoop, Bruxelles, 1991, 51p., dossier pédagogique, ali60.

- T. WILLIAMS, A. MOON, M. WILLIAMS, Alimentation, environnement et santé. Le livre du maître d'école, OMS, Genève, 1990, 133p., 750FB, ali61.

- Goûters pas ratés, Maison Médicale Norman Bethune, Bruxelles, 1991, 300FB, fiches recettes, ali62.

- A. CLOSSET, Action SPEOL - Description d'actions entreprises dans les écoles dans le cadre du projet "Je mange bien à l'école", SPEOL (Secrétariat permanent de l'Enfant des Organisations Liégeoises), Liège, 1991, 65p., ali63.

### EDUCATION DU PATIENT

- Les comités hospitaliers d'éducation du patient, Bruxelles, Ed. De Boeck Université, 1991, (Savoirs et Santé), 118p., sep09.

### EDUCATION POUR LA SANTE

- M. ROLAND, L'éducation pour la santé à la Maison médicale de Forest: de la pratique à la théorie et réciproquement, GERM, Bruxelles, Cahiers du Germ - collection Expériences et analyses, n°216, 1/1991, 250FB, eps44.

### ENFANT

- Maltraitance à enfants: quelle prévention?, ONE, Bruxelles, L'Enfant, n°1/2, 1992, 300FB, revue, vie38.

### HYGIENE BUCCO-DENTAIRE

- Prévention des affections bucco-dentaires, OMS, Genève, 1990, (Publication Offset n°103), 76p., hyb10.

### MALADIE

- A. GAILLY, Symbolique de la plainte dans la culture turque, GERM, Bruxelles, Cahiers du Germ, n°217, II/1991, 21p., 250FB, pat51.

- M. BIAMONTI, Si l'incontinence m'était contée..., Paris, Ed. Frison Roche, 1991, 46p., 75FF, pat52.

### MALADIE INFECTIEUSE

- DERIB, Jo, Fondation pour la Vie, Spy, 1991, BD, pin28.

- Vivre séropositif, Infor Sida, Bruxelles, 1991, 31p., pin29.

- Les aventures du latex, Fondation du Présent, Carouge (Suisse), 1991, 62p., BD, pin30.

- Epidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31/12/1990, Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie Service Epidémiologie, Bruxelles, 1991, 42p., rapport, pin31.

### POLITIQUE DE SANTE

- Mieux connaître l'OMS, OMS, Genève, 1990, 28p., 93FB, pol39.

### SANTE MENTALE

- Travail et santé mentale, Prévenir - CVM, Marseille, Revue Prévenir, n°20, 1990, 164p., 130FF, revue, pam25.

### SOINS A DOMICILE

- M. TAVERNIER, Les soins palliatifs, Paris, PUF, 1991, (Que sais-je; n°2592), 126p., 238FB, sdo11.

## La santé... c'est aussi la santé mentale



Mouvement mutualiste, donc concerné au premier chef par la (bonne) santé de ses affiliées, les Femmes Prévoyantes Socialistes ont toujours revendiqué, par diverses actions, des mesures de protection et de promotion de la santé des femmes et des familles. Pensons au congé de maternité, aux consultations de nourrissons, aux Centres de Promotion Conjugale et Familiale et dernière-ment, aux Maisons Communales d'Accueil de l'Enfance.

Ce souci s'est traduit dans l'organisation de plusieurs colloques.

1988: Femmes, familles: Vers quels droits, quelles libertés, quelles solidarités? - (module santé).

1989: Gérer... ou abandonner sa santé.

1990: Alerte aux jeunes - Drogue - Tabac - Alcool - Médicaments.

L'agrégation, par le Ministre de la Communauté française chargé des Affaires Sociales, en juillet 1991, des FPS comme Service aux Educateurs en Education à la santé est l'aboutissement de la reconnaissance de leur travail de terrain mené depuis de nombreuses années.

Sans nier l'interdépendance des différents aspects de la santé (l'environnement, l'économique, le social, le culturel...) nous souhaitons privilégier dans notre approche de la santé mentale l'utilisation d'outils éducatifs favorisant l'harmonisation du somatique et du psychologique en vue de rétablir le continuum corps-esprit.

### Les Ateliers

Proposant des alternatives originales à la prise en charge des problèmes liés à la prise de tranquillisants ou aux excès alimentaires, les différents ateliers ont rencontré beaucoup de succès dans leur diffusion au sein des régionales FPS.

#### Face aux problèmes de poids

L'atelier diététique: 10 séances de 2 h. sous la conduite d'une diététicienne pour apprendre à rééquilibrer le contenu alimentaire.

L'atelier alimentation: 12 séances de 2 h. sous la conduite d'une psychologue pour réharmoniser son attitude face à la nourriture, être d'accord avec le poids de la balance, s'accepter telle qu'on est.

#### Face aux problèmes de stress

L'atelier gym douce: 10 séances d'1 h. animées par une kinésithérapeute pour écouter et travailler les tensions inscrites dans le corps, apprendre à se relaxer, à lâcher prise.

L'atelier gestion du stress: 12 séances de 2 h. avec une psychologue pour faire le point avec ses causes de stress, examiner ses solutions, se détendre, favoriser les échanges d'expériences. S'arrêter, faire le point... et repartir.

Parallèlement, les FPS ont édité deux outils méthodologiques traitant de ces problématiques, "Maigrir? oui, mais!" et "Le stress... et si on s'arrêtait?"

Ces brochures se veulent résolument pratiques et accessibles à un large public.

#### Les week-ends anti stress

Le temps d'un week-end, réfléchir seul(e) ou en couple sur les situations de stress, sa manière d'y réagir, expérimenter des activités nouvelles, rencontrer d'autres personnes... et se détendre!

Ces quelques objectifs rejoignent bien l'intérêt du public, étant donné le succès rencontré depuis 2 ans.

#### Atelier femme 40-50

8 séances de 3 h. sous la conduite d'une animatrice avec des interventions extérieures (généraliste, gynécologue, psychologue) pour négocier les virages de cette époque de la vie: le départ des enfants, les parents âgés, la fin du travail, la solitude, la ménopause...

Donner aux femmes un lieu de parole et d'écoute, les aider à trouver une réponse adéquate à leur problème et à vivre ainsi leur cinquantaine en meilleure santé.

#### Atelier défi-femmes

Ce projet de prévention en santé mentale s'adresse aux personnes exclues ou en voie d'exclusion sociale: milieux défavorisés, avec peu de formation scolaire ou professionnelle.

Les situations économiques défavorables se conjuguent souvent avec des situations familiales lourdes (violences), un sentiment d'isolement, une image négative de soi, des comportements de déprime et de dépression où les tranquillisants représen-

tent la seule "solution" accessible.

Cet atelier veut permettre aux femmes de se réapproprier un pouvoir face à leurs difficultés de vie, créer un lien de solidarité et d'entraide, pour retrouver confiance en soi et prendre des initiatives de vie.

### Formation de relais

En plus de ce travail de terrain, les FPS ont organisé des formations "santé" destinées aux personnes relais du mouvement.

#### Les animatrices FAM & Enfants Prévoyants

Un temps pour permettre aux animateurs du mouvement de dégager les possibilités d'action en matière de santé.

- exploration des différentes dimensions des concepts de santé et de la maladie et des facteurs environnementaux influençants;
- identification et synergie possibles entre les différents acteurs de terrain.

Un objectif: rendre les publics cibles (femmes et enfants) acteurs de leur santé.

### Les assistantes sociales des mutuelles

Témoins privilégiés des besoins d'un public défavorisé, confrontées à des situations de vie difficiles à gérer (maltraitance - maladies incurables - dépressions...), les assistantes sociales sont interpellées dans leur pratique journalière par des problèmes pour lesquels la plupart se sentent peu formées.

La formation a permis de pointer quelques aspects du travail directement accessibles et pour lesquels des priorités pouvaient être dégagées pour diminuer les effets de stress (supervisions - interventions régulières, coordination, réunions d'équipe, formations...).

#### Et à l'avenir?

L'éducation à la santé mentale - Stress et Corps - appelle la création et la diffusion de modules pédagogiques à l'usage des intervenants locaux, du personnel enseignant ainsi qu'une (in)formation adéquate de personnes-relais.

C'est en collaboration avec les autres organismes agréés que les FPS souhaitent remplir cette mission de service aux éducateurs.

Catherine Spiece, FPS

Femmes Prévoyantes Socialistes, rue St-Jean 32, 1000 Bruxelles. Tél.: 02/515.04.08. ■

## Prévention tabagique: où se situe le médecin?



Durant l'année 1991, nous avons abordé dans Education Santé la problématique du tabagisme et de sa prévention, à diverses reprises et sous divers éclairages.

Un article paru dans la revue JAMA (Frank et coll.) nous paraît intéressant à relayer ici car il éclaire le rôle du médecin dans le sevrage et la prévention tabagique de ses patients.

Les objectifs de cette recherche étaient (1) de déterminer le pourcentage de fumeurs rapportant que leur médecin leur avait conseillé de diminuer ou d'arrêter de fumer, et (2) de déterminer le lien entre certains facteurs - tels que la durée du tabagisme, le facteur démographique, l'histoire médicale du patient et la dépendance à la cigarette - et la probabilité que les répondants déclarent que le médecin leur a conseillé d'arrêter de fumer.

Il s'agissait d'une étude transversale s'inscrivant dans le Stanford Five-City Project et conduite entre 1979 et 1990.

### Quels sont les résultats?

Sur les 2710 fumeurs faisant partie de l'étude, 48.8% déclaraient que leur médecin leur avait conseillé de moins fumer ou d'arrêter de fumer. Les répondants sont plus susceptibles d'être ainsi conseillés s'ils fument plus de cigarettes par jour, s'ils ont eu plus de consultations chez leur médecin dans la dernière année ou s'ils sont plus âgés.

Seulement 3.6% des 1672 ex-fumeurs recensés déclarent que leur médecin les a aidés à arrêter de fumer.

Les médecins ont plus tendance à intervenir lorsque le patient présente des troubles importants associés au tabagisme tels que l'hypertension, l'infarctus,.... Les médecins interviennent donc plus dans le cadre d'une prévention tertiaire.

Sans doute attendent-ils l'apparition de problèmes de santé ou la demande du patient pour le conseiller.

### Quelques pistes de réflexion pour la pratique...

Il est certainement approprié que les médecins conseillent ceux qui ont le plus de maladies ou de problèmes associés au tabagisme mais le conseil d'arrêter de fumer peut être d'une plus grande aide encore pour ceux qui n'ont encore que peu d'effets nocifs associés (les patients plus jeunes, moins dépendants,...). La prévention secondaire apparaît "sous-développée" dans ce contexte.

Les auteurs distinguent deux approches possibles pour intervenir:

- l'une est de créer des consultations spécifiques pour arrêter de fumer. Ces consultations seraient réalisées par le médecin lui-même ou par d'autres professionnels de la santé;
- l'autre est de faire de chaque consultation une occasion d'aide au sevrage tabagique. Dans cette étude, les fumeurs ont une moyenne de 4,4 consultations par an. Chaque consultation apparaît donc comme une possibilité pour le médecin d'aider le fumeur à arrêter.

Approche spécialisée ou intégrée, l'une n'exclut vraisemblablement pas l'autre. Les centres d'aide aux fumeurs coordonnés par la FARES s'inscrivent dans une approche plus verticale et spécialisée. Par ailleurs, les consultations des médecins apparaissent comme des opportunités pour intégrer des conseils de sevrage tabagique dans un contact non-spécialisé. Encore faut-il mettre ces occasions à profit. En effet, l'occasion ne semble pas souvent faire le larron si l'on voit les résultats de l'enquête menée par L.Berghmans et coll. (1990). Dans cette enquête concernant la prévention en médecine générale, le sevrage

tabagique apparaît comme une des activités préventives les moins pratiquées.

A ce propos, des initiatives se mettent cependant en place dans notre pays: la FARES, en collaboration avec Question Santé et le journal "Le Généraliste", a décidé de lancer un processus de réflexion et de sensibilisation des médecins de famille à la prévention et au sevrage tabagique, dont l'objectif final est l'élaboration d'une brochure pour les médecins généralistes.

En octobre 1990 déjà, l'Association contre le cancer lançait une autre initiative pour impliquer le médecin généraliste au sevrage tabagique de ses patients. A ce jour, nous n'avons pas eu d'écho quant au déroulement de cette expérience ou à l'évaluation qui en aurait été faite.

Nous pensons qu'il serait utile que toutes ces expériences et initiatives soient analysées et évaluées pour permettre ainsi d'améliorer l'intervention des uns et des autres ainsi que la collaboration entre les différents intervenants.

Voilà certainement des pistes d'action et de réflexion tant pour les services spécialisés que pour les différents groupes de médecins.

### Références:

Frank et coll, Predictors of physicians' smoking cessation advice, JAMA, december 11, 1991-vol 266, n°22.

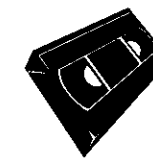
L.Berghmans, M.Boutsen, B. Swennen, M.Wanlin, La prévention en médecine générale, ESP-ULB, septembre 1990.

"Le Généraliste", 30 octobre 1991, n°115, p.14. ■

### PRAGMATISME

Dans le numéro du JAMA consacré au tabagisme, on ne trouve pas qu'une approche scientifique des multiples facettes du problème. Il y a aussi pas moins de 6 pages de publicité pour un programme de sevrage ("Stop for good"), soutenu par l'AMA, et encourageant les médecins à éduquer et motiver leurs patients. Le programme fait aussi l'objet d'une campagne nationale de présentation au grand public, afin que nul n'en ignore l'existence.

## A vos magnétoscopes



### Un exemple, "Habitations saines"

Cote: SA1475

Il s'agit d'un document d'information générale (émission "Autant Savoir" de la RTBF) qui montre, explique et précise certaines relations entre l'habitat et la santé. Son objectif principal est de faire comprendre l'importance d'une construction de l'habitat respectueuse de la santé des gens.

Cette émission propose plusieurs chapitres qui indiquent comment l'emplacement d'une maison, les matériaux de construction et d'aménagement peuvent agir sur le bien-être des occupants. En évitant de dramatiser, elle montre différentes actions visant à améliorer les rapports entre l'homme et son environnement.

Quelques témoins et des spécialistes sont interrogés, parmi lesquels le président de l'asbl "Maisons saines", un architecte géo-biologue, un médecin et un toxicologue.

Pour être complet, signalons les principaux sujets proposés:

- la bioconstruction, les avantages des composants naturels pour la circulation de l'air à l'intérieur de l'habitation;
- la géo-biologie, l'influence néfaste des zones telluriques et des champs géomagnétiques sur la santé;
- le choix judicieux des matériaux d'aménagement (peintures, vernis, revêtements,...), le commerce des matériaux alternatifs présentés comme moins nocifs pour la santé;
- l'humidité et les problèmes d'hygiène qui en résultent (champignons,...).

Le document est particulièrement intéressant dans l'analyse de l'utilisation des "écoproduits". Témoignages et illustrations conduisent à une bonne connaissance des rapports habitat/santé (asthme, intoxications,...). Précisons que l'influence des facteurs extérieurs sur l'habitat n'est pas analysée dans cette émission (facteurs climatiques, émanations de radon dans certaines régions,...).

Les programmes vidéo de la collection Education à l'Environnement sont en prêt dans tous les services de la Médiathèque de la Communauté française de Belgique au prix de 100 francs par semaine. Sans oublier le tarif préférentiel accordé aux écoles et aux associations...

Pour d'autres renseignements, écrivez-nous au 46b, rue Louvrex à 4000 Liège ou téléphonez au 041/22.20.20.

Eric Vandersteenen, chef de projet à la Médiathèque de la Communauté française de Belgique.

\* Our common future / Notre avenir à tous. La Commission mondiale sur l'environnement et le développement, édition du Fleuve, 1988, 454 p.

Ce rapport (appelé aussi Rapport Brundtland) propose le concept de "développement soutenable" qui postule le maintien de la croissance mais aussi la prise en considération des limites inhérentes aux possibilités écologiques et la préservation des conditions de vie pour les générations futures.

## A propos d'intellectuels

Une centaine d'étudiants se forment pour devenir spécialistes en éducation pour la santé. Au bout de leur formation, ils réalisent un mémoire de licence universitaire qui représente un travail important. Celui-ci comprend souvent une enquête, décrit une expérience, présente un programme, planifie ou évalue une action. Dans tous les cas, une revue de la littérature est faite dans chaque travail par rapport au sujet traité. Ces documents sont précieux, et une bonne partie traite de problèmes de santé de la population de la Communauté française de Belgique. La liste commentée, et classée par thèmes, de 67 mémoires de la licence RESO-EDUS de l'UCL (1987-1991) est parue en mars 1992. Elle est disponible à RESODOC au prix de 100 Frs. Les mémoires y sont tous en consultation, avec possibilité de prêt (pour 15 jours).

*Bibliographie: mémoires de la licence en Education pour la Santé à l'U.C.L., RESODOC-UCL, Bruxelles, mars 1992, 48 p.*

## Promo Santé 2000

Pour les stakhanovistes de la promotion de la Santé, l'énorme rapport (1350 pages !) "Promo santé 2000, offre et besoins en promotion de la santé en Communauté Française de Belgique", est disponible pour consultation à RESODOC. Indispensable si l'article de Luc Berghmans et collègues dans le précédent Education Santé vous a mis l'eau à la bouche...

*BERGHMANS L., LEVEQUE A., DEVILLE L., BERIOT L., MAHOUCX, LAGASSE R., PIETTE D., BURY J.A., Promo Santé 2000: Offre et besoins en Promotion de la Santé en Communauté Française de Belgique, ULB-ESP, UCL-RESO, Janvier 1992, 4 vol (6 tomes), 1350 p.*

Localisation RESODOC (WB.00.00.13)

## dernière minute dernière minute dernière minute dernière minute dernière minute

La Rijksuniversiteit Limburg organise du 29 juin au 10 juillet son université d'été "Health Education and Health Promotion". Cette formation réservée à des étudiants et à des professionnels de l'éducation pour la santé (chercheurs et travailleurs de terrain) aura lieu au Driekant Congress Centre à Valkenburg, près de Maastricht.

## Echos du Canada

Et la santé, ça va?

Oui très bien et vous?

Mais qu'en est-il, au Canada, pour les personnes âgées, les jeunes adultes, les personnes vivant seules, les personnes défavorisées, les familles monoparentales et les communautés culturelles?

Santé Québec nous présente sous forme d'analyse et de tableaux statistiques quelques conclusions-chocs qui ressortent d'une enquête menée en 1987 auprès de 13 700 foyers, et publiée sous le titre "Et la santé, comment ça va?" une série de monographies portant sur ces six catégories de personnes.

*Et la santé, comment ça va?, Les publications du Québec, Québec, 1989, 6 vol.*

Localisation: RESODOC (L05.00.00.01)

Quelle est la responsabilité des médias dans l'image que l'individu se fait de la santé et la dépendance qui peut en découler?

"L'écologie de la santé par les médias" de André Bouchard et Lise Renaud essaie de répondre à cette question. Ce livre comprend essentiellement deux parties: le monde imaginaire de la santé tel que "projeté" par les médias et la promotion de la santé telle que "façonnée" par les médias. Les auteurs proposent une idée originale: pourquoi pas un institut des médias en matière de santé?

*BOUCHART A.E., RENAUD L., L'écologie de la Santé par les médias, Editions Agence d'Arc, Montréal, 1991, 307 p.*

Localisation: RESODOC (WA.14.01.01)

Au programme des 10 jours de cours: structuration d'un projet, planification, analyse du problème, déterminants du comportement, théories du changement de comportement, stratégies d'intervention et d'évaluation, élargissement des perspectives.

La participation aux cours s'élève à

## A table!

"Je me suis laissé dire, qu'à RESODOC, on trouve des outils, des méthodes, une documentation scientifique... en anglais.

Tu sais, c'est bien, mais pas pour moi! Je ne suis pas un scientifique, mais un assistant social qui travaille avec des gosses. Alors? Ils ne s'intéressent qu'à la "bouffe".

Alors, venez voir. Vous aurez des surprises!

J'ai un petit document (parmi d'autres) génial! "Voyage au centre de la table". Il raconte comment, à travers l'histoire, l'homme et la femme, se procurent leur repas, le préparent, comment ils ont du plaisir à le manger. La grande "bouffe" à travers les siècles! Aujourd'hui, certains sont arrivés à en abuser, à grossir, d'autres sont devenus alcooliques, mais beaucoup font toujours la fête autour de la table.

A lire, à consulter, un ensemble composé d'une série de tableaux illustrés, sans trop de texte. Les gosses et les moins gosses adorent. Et c'est français!

*GRENIER J.L., DUTERTE M., RABOTIN P., BORYS J.M., LINE F., Voyage au centre de la table, Association pour la Prévention des maladies de la nutrition, Roubaix, s.d., 20 p.*

Localisation: RESODOC (WC.02.04.01)

## A l'aide!

Nous avons des difficultés à réaliser l'analyse documentaire de nos documents. Nous lançons donc un appel aux étudiants-documentalistes cherchant un stage et aux documentalistes retraité(e)s pour nous donner un coup de main...

1.750 NLG (environ 32.000 FB), logement et repas non compris. Date limite des inscriptions: 22 mai.

Renseignements: Tom Kuiper, University of Limburg, Faculty of Health Sciences, Summer Course on Health Education and Health Promotion, P.O. Box 616, 6200 MD Maastricht.

## Les effets thérapeutiques de la sophrologie

### Bases de la sophrologie

*Sophrologie... de "Sos", Harmonie "Phren", Conscience, "Logos", Etude.*

*Etude de l'harmonisation de la conscience, telle est en effet la définition de la sophrologie.*

Le terme sophrologie fut créé en 1960 à partir du grec ancien, par le professeur Alfonso Caycedo, neuro-psychiatre colombien, qui au terme de ses études médicales en Espagne cherchait une nouvelle voie pour le traitement et la guérison des malades mentaux. Après avoir travaillé sur l'hypnose, puis s'être familiarisé avec la pensée phénoménologique comme méthode d'investigation de la conscience, il quitta l'Europe trois ans pour étudier la conscience orientale et les techniques utilisées par les différentes écoles et traditions de là-bas: yoga, bouddhisme tibétain, zen... De ce voyage, il ramena les bases d'une nouvelle école scientifique, la sophrologie, comportant trois objectifs essentiels:

- l'étude de la conscience humaine;
- la pratique d'une philosophie humaniste;
- la mise en place d'une éthique existentielle, basée sur des méthodes d'entraînement de la personnalité, à des fins thérapeutiques, pédagogiques ou sociologiques.

Caycedo proposa le nom de **Relaxation Dynamique** pour désigner sa méthode d'entraînement sophrologique dont les objectifs sont à la fois thérapeutiques et prophylactiques. Elle ne nécessite aucune croyance particulière. Il n'a pas cherché à transplanter les méthodes orientales, mais à en adapter les contenus, "avec tout le respect possible", pour autant qu'ils lui ont paru scientifiquement valables et pouvant être facilement

reçus par la culture occidentale. N'oublions pas non plus que Caycedo avait une bonne connaissance des techniques occidentales pouvant avoir un effet sur la conscience: le Training Autogène de Schultz, la Relaxation Progressive de Jacobson, et qu'il était, de par ses études, un familier de Freud, de Jung et d'Adler.

Remarquable synthèse de ces divers courants de pensée et de techniques issues à la fois de l'Orient et de l'Occident, la sophrologie est donc tout à la fois, une science, une thérapie, une philosophie, une pédagogie et... un art car elle fait également appel à la créativité et à l'intuition.

Notons qu'en sophrologie la conscience ne se définit pas seulement comme étant la connaissance réfléchie ou intuitive que nous avons de nous-mêmes et de notre environnement, mais qu'elle est la force qui intègre tous les éléments psycho-physiques de l'homme: corps, psychisme, esprit.

### Choix du test Derogatis SCL 90

Objectiver le vécu existentiel d'une personne est impossible. Quelle que soit la méthode utilisée, il est en effet impossible de communiquer par des mots la *vivance* d'autrui, cette tâche est déjà fort ardue pour soi-même.

A la lecture de l'enquête "Représentation populaire et consommation de tranquillisants" réalisée auprès des affiliés de la Mutualité Socialiste par le Dr Pestiaux et col., nous avons jugé que le test étudié dans cette enquête répondait bien aux critères de qualité que nous nous étions fixés pour notre choix à savoir:

1. être un test auto-administré,
2. reprenant le plus de critères psychologiques possibles,
3. être en application dans les milieux médicaux,

4. avoir été utilisé pour d'autres études,
5. être reproductible (cette caractéristique a été étudiée par l'auteur).

Notre choix s'est donc porté sur le test SCL 90 Derogatis.

Ce test a été conçu par Leonard R. Derogatis, PH.D., Director, Clinical Psychometrics Research Unit John Hopkins University School of Medicine.

Il est une auto-évaluation de l'état psychosomatique de la personne. Il est constitué de 90 items ou affirmations formulées à la première personne du singulier. Les 90 items et leur formulation sont le résultat des recherches de la Clinical Psychometrics Research Unit et reprennent des symptômes médicaux et psychiatriques les plus souvent exprimés.

Chaque item est évaluable selon 5 critères de jugement, de "non" si la personne remplissant le test estime qu'il ne lui est pas possible d'exprimer la proposition à "oui un peu", "oui moyennement", "oui beaucoup", "oui extrêmement" selon que le symptôme est relativement léger, moyen, important ou très important.

Les réponses sont formulées en fonction du vécu des 7 derniers jours. Les 90 items peuvent être assemblés en 9 groupes ou factorisations représentant autant de diagnostics en médecine allopathique.

Ces 9 factorisations sont:

dépression, obsession-compulsion, anxiété, somatisation, faible estime de soi, hostilité, traits paranoïaques, traits phobiques, traits psychotiques et items additionnels.

## Population témoin

Nous pouvons mesurer les effets thérapeutiques de la sophrologie en établissant le rapport suivant:

$D0 - D20 \times 100 = \%$

D0  
où D0 est le résultat du Derogatis à la séance 0

D20 est le résultat du Derogatis à la séance 20.

Ce % très explicite pour quantifier l'amélioration moyenne de la symptomatologie globale définie par le test Derogatis ne suffit cependant pas pour objectiver ou non le retour à un vécu existentiel pouvant être considéré comme normal, c'est-à-dire ne conduisant pas à une demande de soins.

Nous avons donc décidé d'établir une population témoin.

Les moyens techniques à notre disposition ne nous permettant pas (encore) d'entreprendre une étude prospective selon des règles épidémiologiques strictes (échantillon aléatoire simple ou échantillon aléatoire stratifié ou en grappes), notre expérience dans le domaine de la reconnaissance de symptômes physiques ou comportementaux pouvant biaiser notre choix des personnes faisant partie de notre population témoin, nous nous sommes soustraits à la réalisation de cet échantillon témoin en la confiant à :

1. nos apprenants à qui nous demandions de donner un Derogatis à une personne du même âge et du même sexe faisant partie de leur entourage ;

2. à des personnes de nos connaissances qui effectuaient la même démarche auprès de gens que nous ne connaissions pas.

Ces témoins devaient répondre aux critères suivants :

- a. n'avoir jamais consulté pour une raison psychologique;
- b. n'avoir jamais eu recours à des médicaments à vocation psychologique;
- c. n'avoir jamais pratiqué de techniques de relaxation ou assimilées;
- d. ne consommer aucune drogue interdite par la loi.

Cette population témoin est appariée selon l'âge et le sexe avec notre population de consultants.

Elle comprend 100 personnes se répartissant en 66 femmes dont

l'âge moyen est de 35,6 ans et de 34 hommes dont l'âge moyen est de 43,3 ans.

## Organisation du travail

Lorsqu'une personne se présente à notre consultation, après verbalisation des objectifs qu'elle désire atteindre et explication des potentialités de la sophrologie en tant que thérapie active, le test Derogatis est présenté au choix de l'apprenant.

Il lui est demandé de ramener le test lors de la séance suivante. Aucun commentaire n'est fait pendant les séances concernant les résultats du test pour n'influencer en rien les résultats du deuxième test, voire des tests suivants.

Le deuxième test est réalisé après la 20ème séance.

Ces techniques sophrologiques sont présentées soit individuellement, soit en groupe. La fréquence des séances varie de manière informelle de 1 à 5 séances par semaine.

## Résultats

Pour la comparaison de nos résultats avant-après sophrologie, nous avons utilisé le test de Student pour données paires.

RESULTATS POPULATION TEMOIN - SEANCE 0 - SEANCE 20.			
FACTEURS	POPULATION TEMOIN	SEANCE 0	SEANCE 20
TEST GLOBAL	58.63	11.0	48.7
P.S.T.	36.32	52	36
G.S.I.	.66	1.23	.54
P.S.D.I.	1.54	2.04	1.25
SOMATISATION	.75	1.38	.56
OBSESSION	.64	1.42	.7
ESTIME DE SOI	.68	1.13	.56
DEPRESSION	.69	1.48	.62
ANXIETE	.70	1.42	.61
HOSTILITE	.68	1.17	.56
PHOBIE	.36	.83	.28
PARANOIA	.89	.94	.58
PSYCHOSE	.34	.59	.28
ADDITIONNELS	.85	1.32	.63

## Conclusions

### COMPARAISON RESULTATS AVANT-APRES 20 SEANCES DE SOPHROLOGIE.

L'utilisation du test de Student pour valoriser la comparaison des moyennes obtenues en réponse au test Derogatis avant et après 20 séances de sophrologie montre une différence pour chacune des factorisations étudiées.

Une différence est également mise en évidence pour les calculs globaux qui ne sont pas des caractéristiques de personnalité mais des calculs dépendants directement des factorisations étudiées (test global, PSP, PSDI, GSI).

Toutes les différences enregistrées vont dans le sens de l'amélioration.

En utilisant le rapport :  $D0 - D20 \times 100$ , nous pouvons quantifier cette amélioration. Nous obtenons les résultats suivants:

TEST GLOBAL	54 %
SOMATISATION	58 %
OBSESSION	52 %
ESTIME DE SOI	48 %
DEPRESSION	55 %
ANXIETE	62 %
HOSTILITE	60 %
PHOBIE	66 %
PARANOIA	39 %
TRAITS PSYCHOTIQUES	50 %
ITEMS ADDITIONNELS	52 %

# Documentation

## RESODOC: la doc ad hoc!

**Dorénavant l'équipe de RESODOC vous informera des nouvelles relatives au monde documentaire.**

**S'informer avant d'agir est une démarche admise et souvent appliquée. Se documenter avant d'agir demande un effort de recherche de documents, de lecture et de réflexion qui n'est pas un réflexe automatique..., mais qui procure... oh ! combien de plaisirs !**

**Nous y croyons! Nous: l'équipe RESODOC et l'équipe DOCTES. Notre pari est de vous faire goûter à ces plaisirs...**

**Chaque mois, à travers cette rubrique dans la revue "Education Santé", vous pourrez découvrir:**

- une (ou plusieurs) équipe(s) qui travaille(nt) à informer et à documenter dans un des domaines de l'éducation pour la santé, partenaires DOCTES ou autre;
- un (ou des) documents intéressants;
- des informations, des projets, des expériences;
- des rencontres du monde documentaire... Qui sont ces gens? Comment les rencontrer?

**Les premiers textes de cette rubrique sont fort RESODOC, à vous de nous communiquer vos informations, vos lectures préférées,...**  
Contact: RESODOC 02/764.56.44.

## Projets en plein développement

### Le projet SOCSAN

Administration de la santé, projets de recherche, acteurs de santé, banques de données, bibliothèques et centres de documentation, les intervenants en santé publique sont nombreux, et en Belgique, il y a actuellement trop peu de contacts entre eux.

Quelles sont les compétences en santé de telle administration? Quelles équipes universitaires travaillent sur tel domaine de la santé? Où existe-t-il "quelque chose" concernant la prévention des maladies sexuellement transmissibles chez les adolescents? Où et à quelles conditions puis-je consulter MED-LINE à Bruxelles?

Autant de questions auxquelles il est parfois difficile de répondre actuellement, autant d'informations que le volet documentaire du projet Point d'Appui Société et Santé tente de rendre plus accessibles

par la création d'une base de données informatisée et d'un répertoire papier. Une première version de la base de données sera disponible en juin à RESODOC. Le répertoire papier et une deuxième version complétée de la base de données sont prévus pour début 1993.

Parallèlement au volet documentaire, le Point d'Appui vise à collecter et à traiter les données relatives à la santé au sens large (modes de vie et santé, vieillissement,...) et aux services de santé.

Ce projet est réalisé conjointement à l'UCL et à la VUB, à la demande des Services du Premier Ministre (SPPS).

Contact UCL: Alain Goosens 02/764.56.44.

Contact VUB: Elly Kerkhofs 02/477.47.14.

### DOCTES

La base de données DOCTES continue son développement. Elle contient actuellement plus de 5 000 notices bibliographiques, et cela

augmente quotidiennement. Elle peut être consultée en ligne à RESODOC (Bruxelles), à l'APES (Liège), au CARAT (Bruxelles).

Depuis décembre 1991, quatre nouveaux partenaires sont venus rejoindre l'équipe des promoteurs (9 depuis sa création en juin 1989). Ces quatre équipes nous documenteront chacune sur un aspect de l'éducation pour la santé:

Le CCAD (Bruxelles): prévention assuétudes (alcoolisme et autres drogues). Contact: Mlle Cange, 02/676.75.55.

L'ICAN (Liège): éducation nutritionnelle. Contact: Mlle Closset, 041/44.78.25.

L'IMS Brabant (Bruxelles): médecine scolaire et prévention en milieu scolaire. Contact: Mlle Waterloos, 02/515.78.46.

L'Observatoire de la santé du Luxembourg (Bastogne): santé et environnement. Contact: Mme Bolly, 061/21.36.71.

## Documents

### Annuaire 1992

L'annuaire des Equipes et Organismes actifs en Education pour la Santé, édition 1992, est paru et est disponible à RESODOC au prix de 500 FB. Si cela vous semble un peu cher, vous pourrez (gratuitement) venir interroger notre base de données Annuaire. Seule l'impression des références vous coûtera quelques francs (le coût de l'impression papier: 2 FB par référence imprimée).

Cette base de données répertorie plus de 600 équipes pratiquant l'éducation pour la santé en Communauté française de Belgique, à titre principal ou non. La consultation peut se faire par nom d'équipe, d'organisme, de personne, d'activité (en mots-clés), etc.

*Annuaire 1992 des équipes et organismes actifs en éducation pour la Santé de la Communauté française de Belgique, RESODOC-ULC, Bruxelles, mars 1992, 255 p.*

## Si l'incontinence m'était contée

Cet ouvrage apporte une série d'informations concrètes, claires et précises concernant l'incontinence urinaire. Les auteurs s'adressent tant au personnel de soins qu'à tous ceux qui souffrent de ce handicap.

Présenté de façon originale et humoristique grâce à une illustration abondante (pas toujours du meilleur goût), il répond aux questions essentielles que pose ce handicap: qui est incontinent, quels sont les mécanismes de la miction et de l'incontinence, comment diagnostiquer, comment prévenir et guérir l'incontinence?

Marjolaine BIAMONTI, *Si l'incontinence m'était contée ...*, Editions Frison-Roche, Paris, 1991. ■

## Deux nouveaux cahiers du Germ

### L'ÉDUCATION À LA SANTÉ À LA MAISON MÉDICALE DE FOREST

Michel Roland, médecin généraliste à la Maison Médicale de Forest, retrace le parcours réalisé par l'équipe pluridisciplinaire de ce centre de santé. Passant tour à tour de l'expérience à la réflexion concernant la prévention et l'éducation pour la santé, il montre en quoi ce parcours s'intègre aux objectifs généraux des soins de santé primaires et des maisons médicales plus particulièrement: pratiquer des soins de santé globaux, continus et intégrés à l'échelle d'un quartier.

Si l'éducation pour la santé et la prévention sont des domaines délicats pour les médecins généralistes, ce document contribue à mon-

trer l'intérêt de ce cheminement tant pour le généraliste que pour l'équipe de soins de santé primaires dont il fait partie.

L'auteur présente aussi de façon très concrète certaines des réalisations de cette équipe: Info-Santé destiné aux patients, fiche prévention, ... Ces éléments concrets montrent l'évolution des pratiques au fil du temps et de l'expérience ainsi que les potentialités d'un travail dans ce domaine.

Pour ceux qui déplorent la rareté d'expériences en prévention et éducation pour la santé dans le premier échelon des soins de santé, ce numéro des Cahiers du Germ représente une note d'optimisme dans le domaine sachant que nous n'en sommes qu'au début.

### SYMBOLIQUE DE LA PLAINTÉ DANS LA CULTURE TURQUE

Antoine Gailly, psychologue et anthropologue, travaillant au Centrum voor Welzijnzorg, Geestelijke Gezondheidszorg à Laeken, nous emmène vers d'autres découvertes. Partant de son expérience thérapeutique et des difficultés pour les soignants à rencontrer les plaintes somatisées des patients turcs, il présente les résultats d'une recherche portant sur l'analyse statistique des plaintes de patients turcs.

Les résultats montrent que les plaintes sont structurées en groupes hiérarchisés. Celles-ci ne semblent pas liées à la situation d'immigration mais plutôt au stress chronique engendré par la culture turque traditionnelle. Le décodage de la trame des plaintes permet de donner des pistes pour le travail thérapeutique des soignés turcs et d'ouvrir le champ de notre réflexion concernant la relation soignant-soigné.

Michel ROLAND, *"L'éducation à la santé à la maison médicale de Forest: de la pratique à la théorie et réciproquement"*, Collection "Expériences et analyses", Cahier du Germ n°216, 250 FB.

Antoine GAILLY, *Symbolique de la plainte dans la culture turque*, Collection "Expériences et analyses", Cahier du GERM, numéro 217, 250 FB. ■

## Médicaments et allaitement

Les docteurs Bruno De Schuiteneer et Bart De Coninck vont publier très prochainement le livre "Médicaments et allaitement".

Que peut-on y trouver? Essentiellement une évaluation des données de la littérature concernant le passage de chaque médicament dans le lait maternel, ainsi que les implications éventuelles pour l'enfant nourri au sein. Une conclusion nuancée donne un conseil au praticien souhaitant prescrire un médicament pendant la période d'allaitement.

Cet ouvrage d'environ 500 pages est édité par le Centre Antipoisons grâce à l'appui du Ministère de la Santé Publique.

"Médicaments et allaitement" est donc destiné aux professionnels de la santé, médecins, pharmaciens, dentistes. Un premier tirage de 2500 exemplaires par langue nationale est disponible gratuitement (seuls les frais de port seront à votre charge).

Pour obtenir l'ouvrage, il suffit de verser 100 FB au compte 310-1437279-19 du Centre Antipoisons, avec la mention "médicaments et allaitement". ■

### A propos d'Education Santé

Si vous étiez déjà abonné à notre mensuel en décembre, vous avez pu lire dans le numéro 63 l'index des principaux thèmes traités dans Education Santé en 1991.

Un index cumulatif des articles parus depuis le mois de décembre 1988 est également disponible. Vous pouvez l'obtenir contre l'envoi de deux timbres à 15 FB à l'adresse de la revue, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles.

Vous pouvez aussi recevoir des anciens numéros, 62 et suivants, ou la photocopie d'un article particulier en appelant Maryse Van Audenhaeghe au 02/237.48.53.

Toutes ces différences sont très hautement significatives (seuil .001). C'est-à-dire que les différences enregistrées ont au plus 1 chance sur mille d'être dues au hasard. La factorisation "hostilité" donne une différence significative au seuil .005.

Dès lors nous pouvons tirer comme conclusion :

20 séances de sophrologie ont permis aux 50 personnes venues nous consulter d'améliorer de manière très hautement significative leur vécu existentiel évalué à l'aide du test Derogatis SCL 90.

Cette population de consultants se compose de 33 femmes dont la moyenne d'âge est de 38 ans et de 17 hommes dont la moyenne d'âge est de 48 ans.

La sophrologie étant une dynamique de la conscience, la conscience étant universelle, c'est-à-dire qu'elle est la caractéristique première de l'espèce humaine, elle ne possède pas de sexe. Nous considérons donc inutile la comparaison des résultats obtenus en fonction du sexe.

### COMPARAISONS POPULATION TÉMOINS-RÉSULTATS OBTENUS

La comparaison par le test de Student des résultats obtenus après sophrologie avec ceux enregistrés auprès d'une population appariée selon l'âge et le sexe avec la population de consultants ne donne pas de différence significative.

Il faut toutefois noter que, en comparaison avec la population témoin telle que définie ci-avant, les tests Derogatis après sophrologie possèdent une moyenne de 15 % plus basse que la moyenne de la population dite normale.

De là à conclure que 20 séances de sophrologie peuvent améliorer le vécu existentiel de personnes dites normales, il n'y a qu'un pas que nous franchissons peut-être grâce à nos études statistiques futures.

Nos résultats actuels nous permettent de conclure à un retour à la normalité existentielle (établie par le test Derogatis) de nos consultants.

Il est en outre utile de faire remarquer que 5 de nos consultants possédaient des valeurs de Derogatis inférieures à la "normale" ce

qui ne les a pas empêchés d'améliorer leur vécu dans les mêmes proportions que les autres consultants.

Le Derogatis est passé d'une moyenne de 31 à une moyenne de 16 soit une amélioration de 48 %.

Un prochain article résumera les principales applications de la sophrologie.

Tous renseignements complémentaires peuvent être demandés à l'adresse suivante: Philip Degand et Pierre Ramaut, Consultation de Sophrologie, Centre Interuniversitaire Hôpital Ambroise Paré, Bd Kennedy 2, 7000 Mons. Tél. 065/39.21.11. ■



### TABAC

## Les jeunes et la publicité

On connaît le débat entre fabricants de cigarettes et partisans d'une diminution voire d'une interdiction pure et simple de la publicité pour les produits du tabac. Les premiers affirment que les milliards qu'ils dépensent pour promouvoir leurs marques n'ont pour seul effet que d'opérer des glissements d'une marque à l'autre, sans créer de demande de la part de leurs publics potentiels, c'est-à-dire les jeunes adolescents, garçons et filles. Les seconds prétendent au contraire que la stratégie des multinationales du tabac est gouvernée par le souci de remplacer des clients qui s'en vont (qu'ils meurent ou qu'ils arrêtent de fumer) par des cibles pas encore ou moins touchées: adolescents, femmes, pays en voie de développement où la lutte antitabac est moins efficace que dans les pays industrialisés.

### LES JEUNES EUROPÉENS DE 11 À 15 ANS

Une enquête (1) des Communautés européennes, datant de 1990, nous donne quelques indications intéressantes.

S'agissant de l'initiation au tabagisme, il apparaît que 24% des filles et 30% des garçons ont déjà fumé au moins une fois. C'est vers 14-15 ans que le pourcentage de fumeurs

réguliers devient significatif: 15% des jeunes fument au moins une fois par semaine à l'âge de 15 ans. Quant à la publicité, sa réceptivité (mesurée par la capacité de citer une ou plusieurs marques dont la pub a été appréciée) est de 23% chez les filles et de 31% chez les garçons. L'intérêt pour ce genre de publicité augmente au cours des années.

Point crucial, il apparaît que la consommation de cigarettes et l'attention prêtée à la publicité sont liées: 57% des fumeurs réguliers citent une pub, alors que ce pourcentage n'est que de 23% chez ceux qui n'ont jamais fumé. Et les jeunes fumeurs ont tendance à citer plus fréquemment la marque qu'ils fument...

Cela n'empêche heureusement pas 88% d'estimer que "Fumer est mauvais pour la santé".

### LES JEUNES CALIFORNIENS

Une étude récente (2) évalue de façon précise si la publicité pour le tabac encourage les adolescents de moins de 18 ans à commencer à fumer. Elle a été réalisée par téléphone en 1990, auprès d'environ 30.000 personnes, dont 5.040 adolescents.

Les auteurs ont cherché à savoir si la perception de la publicité est liée à l'âge; si la distribution des parts de marché selon l'âge et le sexe correspond à la façon de percevoir la publicité; et enfin si des changements dans les parts de marché suivent des changements de stratégie publicitaire tels que les perçoivent les adolescents.

Les résultats obtenus confirment ces hypothèses, et permettent d'affirmer que la publicité pour le tabac encourage les jeunes à fumer.

Cela semble peut-être évident aux éducateurs, mais il est parfois utile d'appuyer cette évidence par une étude rigoureuse sur le plan méthodologique et statistique, pour se donner les moyens de contrer le puissant lobby du tabac, qui continue encore aujourd'hui à nier la chose. ■

(1) d'après "Tabac Alerta!", OMS, janvier 1992.

(2) Pierce et coll, Does Tobacco Advertising Target Young People to Start Smoking?, JAMA, december 11, 1991-vol 266, n°22.

## L'enfant et l'hôpital

### Actions de sensibilisation en classe

#### Nature du problème

*Des carences affectives liées à l'hospitalisation*

L'hospitalisation de l'enfant induit des bouleversements dans son mode de vie:

- séparation d'avec les parents ;
- éloignement d'un foyer sécurisant ;
- inscription dans un environnement non-familier ;
- rencontre de personnes inconnues ;
- maladie avec répercussions sur le plan physique et psychologique ;
- décrochage scolaire éventuel,...

La maladie bouleverse les points de repère de l'enfant (rythme, stimulations de l'entourage,...), le place dans une situation de dépendance et de passivité et lui inflige des traitements parfois pénibles.

Ces éléments sont autant de sources de **stress** pour l'enfant. L'enfant, en état d'insécurité, peut mettre en oeuvre des défenses susceptibles de perturber son développement ou d'altérer sa capacité à établir des contacts normaux avec autrui. On parle alors de carences affectives liées à l'hospitalisation. Et des séquelles peuvent être observées.

*Quelles sont les variables explicatives de ces carences ?*

Nous en avons mis six en évidence: la séparation d'avec les parents et sa durée, l'âge où cette séparation survient, la gravité de la maladie, les conditions d'hospitalisation, les variables propres à l'enfant, et enfin, les répercussions de l'hospitalisation de l'enfant sur les parents.

**La séparation et sa durée.** Tous les auteurs insistent sur l'importance du lien affectif entre l'enfant et ses parents et sur les dommages qu'a entraînés la rupture de ce lien pour l'enfant. On a ainsi évoqué une "angoisse de séparation" (Bowlby), soit la peur d'être abandonné, la nostalgie de l'être perdu et la colère de ne pas le retrouver. La durée de la séparation exerce une influence sur la gravité et la réversibilité des troubles observés.

**L'âge où cette séparation survient.** Ce sont les séparations pendant les premières années qui ont les effets les plus néfastes. Mais l'enfant reste vulnérable: des séparations soudaines et mal préparées exerceront un effet déstabilisant sur les enfants les plus âgés.

L'enfant n'est pas toujours conscient des motifs réels de son hospitalisation, il éprouve alors des sentiments d'abandon et de culpabilité. Les soins, notamment les interventions chirurgicales peuvent mobiliser des angoisses profondes. D'autres auteurs confirment que l'enfant peut donner à son hospitalisation une signification d'abandon, de punition, de mutilation, voire de mort. On a remarqué que c'est surtout entre 3 et 6 ans que ce genre de sentiments se présentait avec le plus d'acuité.

**La gravité de la maladie.** Les maladies, en fonction de leur caractère aigu ou chronique, grave ou bénin, déterminent des attitudes différentes chez l'enfant. Le jeune enfant est encore démuné de mécanismes de défense pour gérer le vécu de sa maladie, son inquiétude se transforme alors en angoisse en fonction de l'idée qu'il se fait de sa maladie.

La maladie prend souvent, dans l'esprit de l'enfant, la signification d'une punition et la nature des traitements peut renforcer cette idée. L'enfant entrevoit alors dans sa

maladie une source de lésions, voire un désastre. D'où son insécurité.

Certains auteurs ont remarqué une régression chez l'enfant avec émergence de troubles du comportement et du caractère. Dans l'attitude de l'enfant soumis aux soins, on peut déceler le besoin d'être aimé, besoin renforcé par la culpabilité ressentie par l'enfant entrevoyant dans sa maladie une punition. Dans la littérature, la régression de l'enfant est considérée comme inévitable (l'enfant utilisant toute son énergie psychique pour combattre la maladie et non plus s'adapter aux personnes) et même normale tant qu'elle demeure partielle (touchant le sommeil ou la propreté par exemple).

**Les conditions d'hospitalisation.** L'organisation même des soins est, pour l'enfant, source de séparation d'avec les lieux et les personnes. Il est indispensable de tenir compte de l'avenir psychologique de l'enfant. Le considérer comme un corps uniquement biologique serait des plus pathogène.

**Les variables propres à l'enfant.** Nous faisons allusion ici à la qualité des processus intellectuels et à la personnalité de l'enfant avec sa capacité ou non à maîtriser ses impulsions et sa capacité ou non à nourrir des relations interpersonnelles.

**Les répercussions de l'hospitalisation de l'enfant sur les parents.** L'hospitalisation peut remettre en cause les projets d'avenir que les parents avaient imaginé pour l'enfant. Leur détresse peut alors aboutir à une distanciation, voire à de la violence.

En conclusion, la lecture des données bibliographiques (en psychologie de l'enfant) montre :

- qu'avant l'âge de trois ans, c'est à la séparation d'avec sa mère que l'enfant est sensible ;
- qu'entre trois et six ans, ce sont plutôt des sentiments de punition et de culpabilité qui l'assaillent ;
- que passé cet âge, c'est alors la spécificité de certaines manipulations liées au traitement que l'enfant craint.

psychanalyse et il n'est pas rare de voir poindre au fil des pages les notions de sublimation ou d'inconséquent.

La psychopathologie du travail se singularise par ailleurs de la science de Freud en mettant l'accent sur le fait qu'il est impossible d'analyser des questions de facteurs humains en faisant abstraction du contexte organisationnel de ces gestions. Pour elle "tout sujet n'existe que dans un collectif et la souffrance désigne le vécu particulier résultant d'une situation spécifique liée à la contrainte organisationnelle."

Indirectement donc en s'intéressant au plaisir et à la souffrance dans les organisations, la psychopathologie du travail contribue de manière souvent inconsciente à un renouvellement des pratiques managériales. Parallèlement, l'univers du management en démontant la mécanique de son fonctionnement en vient à rejoindre les interrogations de cette science et à alimenter sa réflexion. C'est de ce double mouvement que naîtra un véritable milieu de vie au sein de l'univers organisationnel du travail.

Comme le souligne Christophe Dejours dans son introduction, avec ce type de réflexion, on voit apparaître un "nouveau paysage scientifique" qui débouche sur une redéfinition de l'homme, globale, systémique et donc interdisciplinaire.

*Prévenir: "Travail et santé mentale". Cahiers d'étude et de réflexion édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste, Marseille, Premier semestre 1990, N° 20, 164 pp., 130 FF. ■*

## Maltraitance

Un nouveau numéro de la revue L'Enfant est sorti: il traite d'un douloureux problème, la prévention de la maltraitance. La revue est un condensé de différentes interventions de spécialistes, ce qui permet de couvrir au mieux le sujet.

Le Professeur Sand (ULB) a ainsi donné sa définition de la prévention en matière de maltraitance et des différents stades de cette prévention.

Une juriste intervient sur la Déclaration des Droits de l'Enfant adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies et approuvée par les trois Communautés belges. Quel rôle cette convention va-t-elle jouer au plan des instruments juridiques existant déjà?

Les abus sexuels, dont l'inceste est le plus fréquent, font l'objet d'un chapitre particulier, rédigé par Jean-Yves Hayez, pédopsychiatre. Il se limite à parler de la prévention, primaire (qu'il qualifie d'utopie sociale, "tant est vaste le champ à améliorer"), secondaire ("accroître la force intérieure des enfants et celle des parents prédisposés...") et tertiaire ("empêcher d'aller trop loin et prévenir les séquelles").

Plusieurs campagnes se sont attaquées récemment à la prévention de la maltraitance. Deux articles font le point sur le "rôle idéal et réel de la presse et des médias" et sur "l'information, (ré)acteur de prévention".

Un autre aspect du problème est le rôle du médecin généraliste et du pédiatre, qui peuvent être les premiers à suspecter un cas de maltraitance, étant souvent en relation avec le milieu familial. Viennent ensuite les intervenants sociaux et la si délicate coordination entre ces intervenants sur le terrain.

D'autres aspects du sujet sont également traités: la prévention anténatale, les actions en milieu scolaire, l'aide de puéricultrices à domicile, la prévention par l'aide et l'accueil des jeunes parents, le placement en institution.

Un dossier complet pour tous les intervenants de première ligne.

Signalons encore, en-dehors de ce dossier et en fin de revue, un article intitulé "L'hôpital cet étranger", sans oublier les rubriques Médias et Livres, dans lesquelles sont présentés des brochures et guides divers sur l'enfant et sa santé.

*Maltraitance à enfants: quelle prévention?, ONE, revue L'Enfant, n°1/2, 1992, 300FF. ■*

L'abonnement à quatre numéros de la revue est de 500FF (Benelux).

Attention: la revue L'Enfant a déménagé; la nouvelle adresse est: Home Reine Astrid, avenue de la Reine 1, 1310 La Hulpe. ■

## Chronique d'une consultation...

Une brochure, un petit livre écrit par Marc Jamouille, médecin généraliste travaillant en maison médicale.

Ce livret a pour ambition simple de partager une tranche de vie de médecin généraliste. Une suite de rencontres, de consultations où se dévoilent des hommes, des femmes dans leur souffrance et leurs difficultés à l'exprimer.

Comme le dit l'auteur, l'étudiant, le patient, le sociologue et même les médecins spécialistes pourront se rendre compte de ce qu'est la réalité quotidienne, exigeante et itérative du médecin généraliste.

En effet, cette suite de contacts permet de découvrir le travail du médecin généraliste dans son quotidien mais aussi la réalité des plaintes et souffrances des patients qui se confient à leur médecin.

Dans la présentation, nous pouvons regretter la faiblesse de la mise en page de ce livret qui met peu en valeur le contenu de cette démarche.

*Marc JAMOUILLE, Chronique d'une consultation..., Ed. Fédération des maisons médicales et centres de santé francophones, 1991. ■*



## De la bouche du malade à l'oreille du médecin

Langage quand tu nous tiens...

Si chaque spécialité professionnelle a son jargon, peu de domaines peuvent se targuer d'un dialecte à deux vitesses. C'est pourtant ce qui caractérise le discours médical selon qu'il est émis par le patient ou le médecin.

Côté rue: le commun des mortels, les malades qui font part comme ils peuvent de leurs maux, leurs douleurs, leur souffrance. Un langage populaire empreint d'histoire, de culture, de mode. Des phrases chargées de symbolisme, de non-dits, d'idées préconçues, de paradoxes,...

Côté jardin: la faculté, les blouses blanches au pouvoir jupitérien dont les termes sybillins semblent réfléchir une menace inconnue. Des paroles codées mieux à même de cacher la transmission des données. Des mots aux consonances bizarres qui n'augurent que de troubles tout aussi étranges.

Entre eux, un lien: le corps, la maladie, l'homme en souffrance et un fossé, celui de l'incompréhension.

Cette relation singulière médecin-malade est analysée au travers de mots savoureux que le Docteur Mario Bensasson nous transmet dans son livre "De la bouche du malade à l'oreille du médecin".

Avec un humour bien pesé, l'auteur ne ménage dans son ouvrage aucun des deux protagonistes.

Proverbes, sentences populaires ou expressions familières entendues au détour de son expérience de praticien se disputent le privilège de nous donner tout à la fois un aperçu historique et sociologique du langage médical, une vision académique et populaire de remèdes usuels ainsi qu'un énoncé de

quelques "maux allégoriques", toujours en vision binoculaire.

L'auteur nous rappelle qu'au-delà des mots se dressent des réalités qui les transcendent. Et l'analyse du discours médical nous questionne non seulement sur cette relation déséquilibrée avec le médecin, mais jusqu'à la notion de vie et de mort et de cet étonnant instrument qui en permet le cheminement qu'est notre corps. En effet, parler de son corps, c'est intégrer, le temps du discours, notre globalité métaphysique.

Un ouvrage séduisant, qui dans un clin d'oeil, nous rappelle que l'humour reste, face à la crainte et la peur des questions existentielles, une arme précieuse.

Mario BENSASSON, *De la bouche du malade à l'oreille du médecin*, Ed. Jacques Bertoin, 1991, Paris, 268 p. ■

## Travail et santé mentale

Le cahier de "Prévenir", "Travail et santé mentale" marque le dixième anniversaire de la Revue et signe parallèlement la fin du partenariat qui en régissait la rédaction depuis sa création.

Dans son éditorial, Jacques Maître (président du conseil scientifique de Prévenir et directeur de recherche au CNRS) nous retrace le chemin parcouru pour faire de cette revue une oeuvre commune entre chercheurs et acteurs sur le terrain; il introduit également les réflexions de synthèse issues de ce partenariat.

Au sommaire de ce cahier nous trouvons 3 axes distincts:

- d'une part, le rapport de quatre études sur le terrain qui, alimentées de quelques données plus théoriques, nous donnent un éclairage nouveau sur certains aspects du champ "travail-santé mentale";

- d'autre part, 3 articles étudient les rapports étroits qui relient l'approche psychopathologique et d'autres disciplines d'intervention dans l'entreprise (conditions de travail, sécurité, management,...);
- enfin, 4 synthèses témoignent des démarches empirico-théoriques bien différenciées, dont une comparaison entre les théories du stress et la psychopathologie.

Ces différents articles abordent tous à leur manière les notions de plaisir et de souffrance dans le travail. C'est l'apport de la psychopathologie du travail elle-même d'essayer de cerner les conséquences mentales du travail et les procédures mises en oeuvre par le travailleur pour supporter ses contraintes psychologiques et se maintenir en deça de maladies mentales avérées.

La psychopathologie du travail donne une nouvelle vision des facteurs humains dans le vécu quotidien des travailleurs. Elle apparaît d'ailleurs comme une science d'autant plus stimulante qu'elle opère un nombre de jonctions importantes avec d'autres disciplines connexes telles que l'ergonomie, la psychosociologie, la psychologie du travail et même la psychanalyse.

Les quatre études sur le terrain nous montrent les moyens mis en oeuvre individuellement et collectivement pour supprimer la souffrance au travail et maintenir un équilibre psychologique dans la "normalité". Partant du postulat que toute souffrance naît d'un conflit, les équipes d'intervenants en psychopathologie tentent d'aider les équipes de travail à cerner les causes profondes des conflits et à élaborer des stratégies de changement.

La psychopathologie accorde une importance primordiale au discours des sujets concernés, aux paroles qui mettront l'accent sur le passé et sur les décalages qui existent entre l'organisation prescrite du travail et l'organisation réelle du travail (ces décalages étant à l'origine de la plupart des problèmes de santé mentale analysés).

C'est par cet aspect que nous découvrons l'important héritage de la psychopathologie vis-à-vis de la

*Quels sont les éléments qui vont favoriser ou entraver l'adaptation de l'enfant ?*

L'enfant a-t-il eu l'occasion d'acquiescer de l'indépendance, confiance en lui et en autrui ?

L'attitude des parents conditionne les sentiments que l'enfant éprouve. Les réactions émotionnelles des parents à la maladie et à l'hospitalisation joueront un rôle sur ce que ressentira l'enfant et influenceront son adaptation (les craintes étant communiquées inconsciemment à l'enfant). En outre, un enfant incertain des sentiments de ses parents à son égard sera anxieux et peut interpréter son hospitalisation comme une punition ou un abandon.

Les modalités dans lesquelles s'effectue l'hospitalisation.

Il est démontré que les enfants préparés au stress spécifique que constitue une hospitalisation (ou un traitement) en ont un vécu plus harmonieux.

### Objectifs du programme

Nous voulions contribuer à familiariser l'enfant avec l'institution hospitalière et les soins qui y sont prodigués dans le double but de décharger ceux-ci de leurs aspects aversifs et d'exercer en retour un effet sécurisant sur l'enfant lorsque celui-ci sera hospitalisé.

Notre programme d'action concerne tous les enfants, et donc pas uniquement ceux qui sont malades et qui vont être hospitalisés. Notre perspective est donc préventive et a pour cadre d'action l'école.

### L'enquête dans les écoles

*La nécessité d'une enquête*

Il nous paraissait indispensable de commencer notre action par la réalisation d'une enquête qui aurait pour finalité de montrer comment l'enfant se représente un séjour à l'hôpital et quels sont les éléments aversifs qui l'inquiètent.

*Le déroulement de l'enquête*

L'enquête a été réalisée dans l'arrondissement de Huy auprès d'un échantillon d'enfants se situant dans une tranche d'âge de 4 à 12 ans, c'est-à-dire, de la deuxième maternelle à la sixième année primaire. 287 enfants ont été invités par leur maître à réaliser un dessin sur le thème de l'hôpital: une scène dont ils se souvenaient ou une scène qu'ils ont imaginée selon qu'ils avaient déjà effectué ou non un séjour à l'hôpital.

Dans l'échantillon, le nombre de garçons et de filles était pratiquement égal; le degré primaire inférieur constituait presque la moitié de l'échantillon, le maternel, un gros tiers; plus de la moitié des enfants n'ont pas précisé s'ils avaient déjà séjourné ou non à l'hôpital (pour ceux qui l'ont noté, les proportions sont les mêmes. Nous ne connaissons pas la durée du séjour, ni le motif).

*Les résultats de l'enquête*

Les productions des enfants ont fait l'objet d'une analyse rigoureuse grâce à une grille d'observation que nous avons élaborée et qui investit 60 variables par production.

**Décor ou personnage: quelle priorité?** Un décor est présent dans plus de 9 productions sur 10. La présence d'un personnage au moins est observée dans 9 cas sur 10. L'analyse montre qu'une priorité a été accordée au décor dans plus d'un quart des cas et aux personnages dans moins de la moitié des cas.

**L'utilisation de l'espace.** Huit productions sur dix décrivent une scène se déroulant à l'intérieur de l'hôpital. Qu'observe-t-on dans ces dessins?

- chambre (71,5 % des cas);
- salle d'opération (10,5 %);
- plusieurs locaux (4,2 %);
- couloir (3,8 %);
- maternité (2,9 %);
- cabinet médical (1,7 %);
- radiographie (0,4 %);
- autres (5 %).

**Les instruments médicaux.** On observe la présence d'instruments

ou d'appareillages médicaux dans de nombreux dessins d'enfants: ainsi une production sur six montre des préoccupations à propos de la seringue, une sur dix pour la table d'opération, une sur quinze pour le baxter et une sur vingt pour les écrans de contrôle ainsi que le bistouri. D'autres appareils médicaux (thermomètre, flacons, pinces,...) apparaissent dans un dessin sur six.

**Des jouets dans 8 % des productions.** Les scènes où l'on observe des jouets tranchent assez nettement avec celles où des instruments médicaux apparaissent... Vous l'aurez deviné, les premières sont seules tandis que les secondes sont plus ou moins tourmentées.

**Les personnages**

Leur nombre:

- 0 = < 1/10 des productions;
- 1 = 1/5 des productions;
- 2 = 1/3 des productions;
- 3 = 1/4 des productions;
- 4 = < 1/10 des productions;
- + de 4 = 1/20 des productions.

Qui est présent ?

l'enfant : > 1/2 des productions;  
le personnel soignant: < 1/2 des productions;  
anonymes ou autres: > 1/4 des productions;  
la mère: < 1/5 des productions;  
le père: 1/10 des productions;  
la fratrie: 1/10 des productions;  
des amis: < 1/20 des productions.

Identité du malade représenté:

l'enfant : 57 %;  
la mère: 12,4 %;  
la fratrie: 3,1 %;  
le père: 1,9 %;  
les amis: 1,9 %;  
autres: 23,9 %.

La plupart des scènes montrent (au moins) deux personnages. Il s'agit le plus souvent d'une confrontation entre l'enfant (malade) et un membre du personnel soignant. C'est donc le déroulement de la relation entre le soignant et le soigné qui interpelle l'enfant.

**Les scénarios observés.** Une grosse partie des productions (plus d'1/3) concerne la rencontre entre un patient (l'enfant dans la moitié

des cas) et un membre du personnel soignant, qu'il s'agisse d'une entrevue informelle (1 production sur 20) ou de l'administration de soins (1 production sur 4) ou encore d'une opération chirurgicale (1 production sur 13). Les autres scénarios couramment relevés sont, dans l'ordre "Personnage avec éléments renvoyant à la souffrance ou la maladie" (1 production sur 8), "Visite" (moins d'1 production sur 8), "Maternité" (1 production sur 13), "Vue descriptive d'une chambre" (moins d'1 production sur 13).

**Éléments aversifs observés dans les dessins.** Les résultats montrent l'inquiétude manifeste de l'enfant vis-à-vis d'une atteinte à son intégrité corporelle.

Nombreux sont les dessins présentant un personnage malade à l'aspect chétif (1/6), voire au corps déstructuré (1/6). Les soins en général (plus d'1 dessin sur 8) et la peur des piqûres (1 dessin sur 8) y sont parfois associés. A noter que le décor apparaît dans plus d'une production sur cinq comme austère ou même sordide. L'aspect rébarbatif du personnel soignant est remarqué dans une production sur 13. La mort est présente dans une production sur 20. Cette proportion est la même pour les plaies ou cicatrices.

Dans une rubrique "autres", nous avons relevé des éléments anxiogènes découlant de l'hospitalisation mais n'ayant pas trait à l'hôpital lui-même ou au personnel soignant. C'est par exemple la perte de la liberté, la tristesse d'être immobile ou séparé du foyer. La rubrique "autres" concerne moins de 1/5 des productions.

### Sensibilisation en classe

Sept instituteurs et institutrices ont décidé de réaliser dans leur classe un travail structuré sur le thème "Comment familiariser les enfants de 4 à 8 ans à l'hôpital et décharger cette institution de ses aspects inquiétants?"

Il a été mis à la disposition des enseignants le matériel suivant :

- un dossier pédagogique ;
- un montage de diapositives ;
- des publications sélectionnées dans la bibliothèque enfantine (exemple : Pomme d'Api, "Kiko, l'écureuil visite l'hôpital", n° 289, mars 1990).

**Le dossier pédagogique.** Sur base des renseignements recueillis pendant le déroulement du projet à différentes sources (résultats de notre enquête, bibliographie en éducation pour la santé, littérature enfantine, remarques et suggestions des professeurs apparues lors d'une après-midi pédagogique), nous avons préparé un dossier présentant des notions que l'enseignant peut travailler en classe et qui poursuit les cinq objectifs suivants :

- 1) que l'enfant soit capable d'identifier les différents lieux;
- 2) que l'enfant soit capable d'identifier le rôle des différentes personnes qui travaillent à l'hôpital ;
- 3) que l'enfant soit à même de décrire une journée type par rapport à l'hôpital ;
- 4) que l'enfant soit à même de distinguer diverses pratiques (radiographie, anesthésie, ...) ou différentes modalités d'une même pratique (une opération peut consister en différents actes: retrait, réparation, greffe,...);
- 5) que l'enfant puisse exprimer ses affects par rapport aux thèmes de la douleur, de l'inquiétude, de la culpabilité.

**Le montage de diapositives.** Ce montage a été réalisé par nos soins à la demande des enseignants participant au projet et qui souhaitent disposer d'un support visuel.

Les photographies ont été prises au Centre Hospitalier Hutois, partenaire dans ce projet. Nous avons choisi d'organiser le montage selon le principe suivant: deux enfants, Cédric et Stéphanie, visitent l'hôpital, rencontrent des professionnels qui y travaillent et traversent différents services.

Nous avons retenu 54 images utiles et un cahier présentant un modèle de commentaire a été remis aux

#### LE DOSSIER PEDAGOGIQUE

- A. L'ORGANISATION DE L'HOPITAL SEMBLE COMPLIQUEE
- B. L'HOPITAL ET LES ACCIDENTS
- C. LA CONSULTATION
- D. L'ENFANT ET LE DROIT DE SAVOIR
- E. LES PREPARATIFS DE L'HOSPITALISATION
- F. A L'HOPITAL
  1. Le personnel soignant
  2. Dormir à l'hôpital
  3. Manger à l'hôpital
- G. L'OPERATION
- H. LA JOURNEE DE L'ENFANT A L'HOPITAL
  1. L'emploi du temps
  2. La solitude
- I. LA MALADIE ET LES SOINS
  1. La souffrance
  2. Signification de la maladie
- J. LA SORTIE DE L'HOPITAL

enseignants. Ce document a été jugé comme étant complet et fort utile par les enseignants qui l'ont employé. Toutefois, la qualité technique des images n'est pas d'un niveau professionnel et celles-ci présentent peut-être trop crûment la réalité.

Le montage apparaît comme un peu froid, peut-être trop didactique. On peut en outre se poser la question de savoir si le média employé (des images fixes) est bien le plus approprié au public visé (des jeunes enfants) et à la mission définie (déramatiser). Dans l'attente d'un outil mieux adapté (un vidéogramme frais et tonique, ne contournant pas la réalité mais la mettant en scène sur un mode quelque peu édulcoré), notre montage pouvait convenir. Après tri, car il est trop long et toutes les images sélectionnées ne sont pas utiles pour tous les publics...

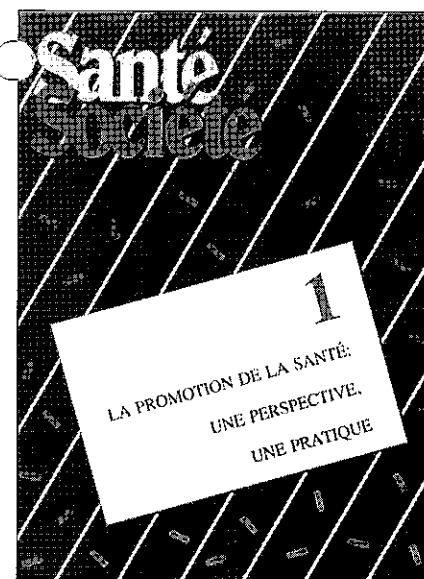
**Les actions entreprises en classe.** Les différentes activités propo-

Vous le voyez les résultats sont décevants vis-à-vis des concepts et des pratiques longuement évoqués dans cet article: promotion de la santé, participation active, intersectorialité, concertation, planification, évaluation.

La situation chez nous est certainement plus proche du constat français que de ce que nous avons pu côtoyer au Québec pendant quelques jours. Que pouvons nous faire pour la faire évoluer?

Le soutien méthodologique de l'A.P.E.S. est très demandé. Au point que nous sommes obligés pour l'instant d'imposer des délais de plusieurs semaines à nos interventions, ce qui n'est une situation agréable pour personne. La collection est bien reçue. Comme supplément de la revue Education Santé, ses fascicules ont été plébiscités lors d'une évaluation. Il reste à proposer des formations de façon beaucoup plus systématique. A côté des formations universitaires déjà offertes, il y a un manque évident de formules courtes et souples. Le niveau global de formation des intervenants en éducation pour la santé dans les milieux sociaux, scolaires, sanitaires et du travail doit être amélioré. C'est une réelle **priorité!** ■

Michel Demarteau, A.P.E.S.



## Les soins palliatifs

*"Maintenir en sa demeure, parmi les siens, cet homme précaire qui est encore, tout en respectant sa personnalité, sa vie intérieure et l'essentiel de ses rapports humains".*

L'appellation "homme précaire" n'est pas sans nous choquer... Devient-on une personne précaire parce qu'on est malade, parce qu'on va mourir? Le Docteur Monique Tavernier utilise pourtant cette expression en lui donnant tout son sens: la situation des patients telle qu'évoquée dans son livre est précaire puisqu'on ne peut plus les guérir.

Son livre constitue un précis de conseils, de suggestions pratiques et d'orientations pour ceux qui entourent le malade. Elle ne s'en cache pas, les acteurs essentiels sont la famille, les bénévoles et le médecin.

Son message est clair, elle propose *"que tous les soins soient exécutés à domicile chaque fois que les circonstances matérielles le permettent et que le malade trouve chez lui l'assistance familiale indispensable".*

Ce retour au domicile ne peut se réaliser sans un minimum de conditions préalables. La plus importante est le double assentiment du malade et des siens.

Pour le malade isolé, le retour à la maison est possible pour autant que l'aide se fasse d'autant plus intensive au fur et à mesure que s'accroît la dépendance. Si cette dernière est totale et qu'un accompagnement 24 h/24 h n'est pas envisageable, il faut probablement décider une réhospitalisation ou une prise en charge par une structure d'accueil.

C'est le rôle du médecin que l'auteur met le plus en évidence et elle s'appuie sur ses 14 années d'expérience auprès des malades terminaux. Parfois la famille n'accepte que le médecin. Parfois elle s'ouvre à une équipe plus éloignée. Pour

Monique Tavernier, celle-ci est relativement difficile à mettre en place partout.

Un aspect passionnant de cet ouvrage est l'attention à des situations particulières: celle de l'enfant proche de la mort, celle du malade atteint du sida, celle du vieillard qui *"nous montre lui-même le chemin qu'il veut prendre."*

Ces pages nous semblent les plus belles à parcourir sans doute parce qu'elles révèlent une grande humanité dans l'approche de l'autre; dans ce qui fait sa différence y compris dans la maladie. Aspect essentiel dans la relation soignant-soigné puisque ce n'est qu'après avoir été reconnu dans sa différence que le malade fait confiance au médecin.

Impossible d'écrire sur les soins palliatifs sans être "remué" par les questions éthiques: le suicide d'un malade, l'euthanasie, la vie limitée à l'essentiel....

Ethique du patient, éthique du soignant, effet miroir entre les deux, cheminement tout en nuances.

Les questions concrètes ne sont pas oubliées: alimentation, environnement, confort, médication, tout ce qui constitue la médecine du non-guérir.

Saluons la prouesse de l'auteur: en un nombre réduit de pages, les soins palliatifs sont abordés dans leur globalité. Un pari que réussit très souvent la célèbre collection "Que sais-je?"

A lire si, comme le dit l'auteur, vous voulez lutter et combattre pour éviter une situation hélas trop fréquente, celle des personnes âgées dont moins de 20 % seulement (en région parisienne) meurent à domicile.

Monique TAVERNIER, *Les soins palliatifs*, PUF, *Que Sais-je?* n°2592, 1991. ■

Agnès Schiffino - Leclercq

Lors d'une modification de comportement, l'individu chemine à travers différentes phases:

- la sensibilisation, modification des connaissances;
- la persuasion, l'analyse des avantages et inconvénients;
- la prise de décision et une période d'expérimentation;
- l'adaptation, le rejet ou la modification suite à l'essai;
- l'internalisation.

Des principes (Morisky) peuvent favoriser les apprentissages. Les implications pour le milieu de travail les illustrent:

1. Les perceptions sont souvent plus importantes que la réalité.
2. Les techniques de communication persuasive provoquent souvent des changements de comportements immédiats, mais temporaires.
3. L'échec dû à des objectifs irréalistes amène des déceptions et de l'apathie.
4. La majorité des gens ont une capacité d'apprentissage visuelle plus grande qu'auditive.
5. Il est souvent plus facile d'effectuer une série de petits changements.
6. Il est plus facile d'adopter progressivement un comportement positif plutôt que d'éliminer progressivement un comportement négatif.
7. L'apprentissage d'habileté technique est plus efficace si l'individu peut visualiser et pratiquer le comportement voulu.
8. La personne qui émet un message exerce une influence significative sur l'acceptation ou non de ce message.
9. Les individus ont peu de chance de persévérer s'ils manquent de support actif pour l'adoption et le maintien d'un comportement.

Le quatrième chapitre décrit une diversité de moyens d'intervention avec des exemples spécifiques au milieu:

- l'éducation sanitaire dans une entreprise de fabrication de structures métalliques;
- l'organisation communautaire dans une communauté rurale;

- l'andragogie (ou éducation des adultes) dans un établissement fabriquant des tuyaux d'aqueduc;
- la communication et le marketing dans le centre ville de Montréal vers des travailleurs et travailleurs non syndiqués.
- une stratégie mixte: marketing, organisation communautaire, éducation pour la santé,... auprès d'un groupe d'usines d'un même secteur sur le bruit dans les scieries.

A la fin du cahier, outre la grille d'analyse du milieu, vous trouverez:

- une grille d'entrevue subjective;
- une fiche d'évaluation de l'intervention;
- le modèle PRECEDE;
- un exemple fictif d'un projet visant la réduction de la surdité et du bruit industriel.

Bref (!) à nouveau un cahier riche et dense avec lequel, pour la première fois, je pense que je pourrais faire face à une demande d'intervention en milieu de travail malgré mon manque d'expérience spécifique.

## Conclusions

Revenons au colloque de Montréal, à notre point de départ, à cet atelier sur les outils de soutien à l'intervention.

La collection "Promotion de la santé" a été préparée dans le cadre d'un programme de formation pour une clientèle spécialisée. Elle est le témoin du haut niveau des actions menées au Québec en promotion et éducation pour la santé.

Elle fait le mariage heureux de la richesse théorique des modèles nord-américains et de la pratique sociale de la santé communautaire québécoise. C'est, je le pense, un modèle pour nos interventions en Communauté française de Belgique.

Mais quelle est la situation réelle sur le terrain?

Un bref débat eut lieu lors de l'atelier entre les trois réalisations fran-

cophones de publications en méthodologie:

- la collection "Promotion de la santé" du Québec;
- la collection "Méthodes" de la Communauté française;
- la collection "La santé en action" de France.

Cette dernière a été conçue et coordonnée par Simone Chaze, présentée à l'atelier, et publiée par le Comité Français d'Éducation pour la Santé.

Ce débat tourna court face au même constat: l'absence d'évaluation. Un comble pour ces experts en méthodologie!

Cette lacune vient d'être partiellement réparée par Simone Chaze travaillant maintenant pour l'association A.L.P.A.D.

Un questionnaire a été envoyé à 1500 personnes majoritairement dans les Comités Régionaux et Départementaux d'Éducation pour la Santé français sur leur utilisation et leur perception des brochures "La santé en action".

Nous vous présentons brièvement les résultats comme un élément de réflexion sur l'utilisation des documents méthodologiques. En introduction, nous signalons la demande manifeste pour ce type de support.

- 102 questionnaires sont revenus sur 1.500. Ce résultat est-il significatif d'un manque d'intérêt pour la collection, pour la méthodologie? Les résultats suivants sont donc à considérer avec la plus extrême prudence!
- 65 % privilégient les actions d'information, tout en travaillant dans le cadre de programmes à long terme et une majorité souhaite plus de formation à la communication.
- 75 % font appel à des personnes spécialisées pour enrichir leur action.
- 33 % parlent du partenariat.
- 25 % citent l'évaluation comme une exigence méthodologique.

Le document est plus utilisé comme un modèle théorique et illustratif (production d'un rapport; réalisation d'une formation) que comme une documentation utile pour l'exercice direct des actions.

sées en classe: sondage, bricolage, chant, leçon de vocabulaire, dessin, accueil d'une maman-infirmière, commentaires sur la documentation et le matériel médical apporté par les élèves (une radio par exemple), projection des diapositives, projection d'un vidéogramme, transformation et aménagement du décor de la classe, réalisation d'une exposition, examen de la trousse de secours,... sont autant de témoignages du travail humaniste efficace et fertile qui a permis aux sept enseignants associés à ce projet de rencontrer les cinq objectifs pédagogiques que nous avons fixés ensemble.

La simple énumération des différentes initiatives prises par chaque enseignant nous renseigne déjà sur la qualité et la quantité du travail effectué. Fantastique. Chacun d'entre eux a consacré en classe plusieurs heures à cette sensibilisation et il ne fait aucun doute que ce travail porte ses fruits en ayant un impact sécurisant sur les enfants qui, désormais, sont familiarisés avec les lieux, les personnes, les soins, et qui ont eu l'occasion d'exposer leurs questionnements, leurs inquiétudes. Dans la dynamique qui s'est installée chaque fois dans le groupe, il faut souligner que les messages dédramatisants venaient souvent des autres enfants (ils concernaient par ordre d'importance les soins, les personnes, le lieu et le décor).

Nous avons été frappés par l'intérêt que les enfants portaient au sujet, l'intensité de leur participation, leur sincérité et l'enthousiasme qu'ils mettaient à communiquer leur propre expérience ou écouter celle des autres. L'enseignant se bornait souvent, une fois l'activité lancée, à distribuer le temps de parole et à recadrer les témoignages par rapport à l'objectif pédagogique particulier qu'il suivait.

La thématique de l'hôpital intéresse et interpelle manifestement les enfants. Les leçons évoquées ici, en favorisant naturellement l'expression chez les enfants, s'imposent comme le meilleur moyen de chasser chez eux certains fantômes, certaines idées fausses dictées par une imagination sous l'emprise de

la crainte et de l'irrationnel, par manque d'information. La réalité reste. Et dans le cas de l'hôpital, sans doute suffit-elle à faire peur. Nous avons fait un pas pour "assouplir" les enfants et les sécuriser en leur prodiguant une information / une écoute humaniste, bienveillante, respectueuse et objective. D'autres efforts doivent être entrepris, en parallèle à ceux-ci, à l'autre bout, du côté des institutions et du personnel soignant.

Ainsi, les locaux de l'hôpital pourraient être plus accueillants et humains en renonçant au look "casernes-formol-anonymat". L'enfant malade ne serait plus considéré uniquement comme un corps biologique, mais aussi comme un corps sensible, ressentant des émotions. Enfin, les enfants méritent qu'on leur explique les soins par une information accessible, sincère et patiente.

## La suite du projet

Certains enseignants intéressés par notre projet n'ont pu s'y associer parce qu'ils manquaient de temps pour élaborer des leçons relatives à une sensibilisation sur le thème de l'hôpital. Ils auraient souhaité pouvoir disposer d'un matériel pédagogique immédiatement disponible

## JOURNÉE MONDIALE SANS TABAC

# "Travail sans tabac, franchissons le pas"

La journée mondiale sans tabac de 1992 vise à encourager les gouvernements, les collectivités, les groupes et les particuliers à prendre conscience de la nécessité de libérer du tabac les lieux de travail et d'agir dès maintenant pour obtenir dans l'avenir une société sans tabac.

Pour que le travail puisse s'accomplir dans une atmosphère agréable, et dans un air aussi pur que possible, il faut une action concertée des

employeurs et des employés. Mais ils ne sont pas les seuls à devoir agir: les autorités nationales et locales doivent elles aussi participer au mouvement d'ensemble qui libérera du tabac les lieux de travail.

Les diverses manifestations qui auront lieu dans les pays pour célébrer la journée mondiale sans tabac se prêteront particulièrement bien à la couverture par les médias: elles pourront faire l'objet de films, d'interviews à la radio, de photogra-

ble avec une marche à suivre détaillée et un matériel adapté. Pour pouvoir à l'avenir rencontrer ce type de demande, nous avons établi un plan de collaboration avec l'Ecole Normale Saint-Laurent de Huy, ses élèves ayant manifesté un vif intérêt pour la problématique de l'enfant à l'hôpital.

Ceci a abouti à la production de 5 modèles de leçons assorties d'un matériel original, modèles que nous nous proposons de tester et d'évaluer dans un proche avenir et que nous mettrons alors à la disposition des enseignants qui souhaitent effectuer dans leur classe une sensibilisation sur la thématique de l'hôpital.

- Ces travaux portent sur les points suivants:
1. L'organisation de l'hôpital ;
  2. La première journée d'hôpital ;
  3. Les instruments et les habits ;
  4. Les examens à l'hôpital ;
  5. Le personnel soignant.

**Pierre Dantinne**, psychologue  
S.E.S. Huy, rue Entre-deux-portes 94,  
4500 Huy. Tél.: 085/21.25.76

Article relatif à un programme ayant fait l'objet d'une subvention de la Communauté française. ■

phies ou de reportages dans les quotidiens et les revues. En outre, l'OMS a choisi quelques documents d'information et du matériel visuel dont il sera possible de s'inspirer pour des articles dans la presse et pour des émissions radiophoniques ou télévisées. Le 31 mai 1992 tombant un dimanche, la FARES a décidé de mener les actions et manifestations pour la Belgique le mardi 26 mai 1992.



## Risques professionnels

Grâce aux progrès de la médecine, on sait depuis des décennies, et parfois des siècles, que les travailleurs de certaines industries sont exposés à des risques spéciaux en raison de la pollution ambiante engendrée par les procédés industriels utilisés. Plus récemment au cours des trente dernières années on a également reconnu que le tabagisme est la cause de plusieurs maladies débilitantes et souvent mortelles. Aujourd'hui, de nombreuses études montrent que les travailleurs courent un double risque lorsque la fumée de tabac s'ajoute à une atmosphère déjà polluée.

On a toujours su que la bronchite chronique et d'autres problèmes respiratoires étaient d'importantes causes de maladies et de décès chez les ouvriers des mines de charbon. Mais une étude faite aux Etats-Unis en 1969 a indiqué que la prévalence de la bronchite était plus élevée chez les mineurs qui fumaient que chez ceux qui ne fumaient pas, quel que soit leur âge.

Dès 1898, la présence d'amiante dans l'air avait été identifiée comme une cause de maladie pulmonaire. Des recherches faites en 1979 et portant sur plus de 12 000 travailleurs de l'industrie de l'amiante, ont montré que quatre travailleurs non-fumeurs seulement étaient morts d'un cancer du poumon, contre 268 fumeurs. Une corrélation analogue a été observée chez des travailleurs exposés au radon, un gaz radioactif: ceux qui fumaient contractaient un cancer du pou-

mon à des doses d'exposition au radon inférieures à ceux dont le cancer était dû uniquement au radon. Maigre consolation pour ceux qui ne fumaient pas!

Plusieurs des 4 000 composés ayant été recensés dans la fumée de tabac, comme l'oxyde de carbone, le formaldéhyde, l'acroléine et le benzène, peuvent aussi être présents dans l'atmosphère du lieu de travail. Dans ce cas, le travailleur qui fume reçoit une dose de composés dangereux de deux sources et le risque global de maladie est accru. On trouve souvent du formaldéhyde dans l'atmosphère des ateliers d'impression de tissus, des fonderies et des hôpitaux; de l'acroléine dans les usines de matières plastiques et de caoutchouc et dans les locaux où l'on procède à des opérations de soudage; du benzène dans les usines de finition de meubles, dans les installations pétrochimiques et dans les ateliers où l'on fabrique des adhésifs et des solvants.

Cependant, les risques supplémentaires ne concernent pas seulement les travailleurs qui fument: ils touchent également les fumeurs passifs. Le tabagisme passif-inhalation par les non-fumeurs de la fumée de tabac ambiante est un objet de préoccupation parce qu'on se rend de plus en plus compte de ses effets néfastes sur la santé. Comme la plupart des gens passent une grande partie de leur temps sur leur lieu de travail, l'exposition à la fumée de tabac est évidemment une menace sérieuse pour la santé, et qui n'est pas moins grande du fait que les filtres utilisés dans les systèmes habituels de ventilation et de climatisation ne permettent pas

d'éliminer la plupart des contaminants présents dans la fumée de tabac.

C'est donc une raison de plus pour que les pouvoirs publics et les chefs d'entreprises interdisent ou du moins limitent strictement l'usage du tabac sur les lieux de travail. En toutes circonstances, le tabagisme accroît toujours les risques de handicap et de maladie. Mais sur les lieux de travail, cet accroissement des risques peut être beaucoup plus important, et il entraîne des coûts économiques très élevés et des pertes considérables pour le secteur industriel et les économies nationales.

Une quarantaine de pays à travers le monde ont déjà promulgué des lois au niveau national pour lutter contre le tabagisme sur les lieux de travail et leur nombre va croissant. Au niveau local ou régional, il y a de plus en plus de lois qui restreignent l'usage du tabac sur les lieux de travail, tant publics que privés. La plupart de ces lois stipulent que l'usage du tabac sur les lieux de travail doit être régi par un règlement qui tienne compte à la fois des désirs des fumeurs et de ceux des non-fumeurs, tout en donnant la priorité aux intérêts des non-fumeurs.

De plus en plus de pays restreignent ou interdisent déjà l'usage du tabac sur les lieux de travail et dans les bâtiments du service public. Ces dispositions s'appliquent en particulier aux hôpitaux, dispensaires, centres de santé et autres établissements de santé, de même qu'aux écoles.

Comme les lieux publics sont également souvent des lieux de travail, il s'ensuit que les restrictions à l'usage du tabac dans les lieux publics ont pour effet de protéger les personnes qui y travaillent. C'est le cas notamment du personnel des compagnies de transports ferroviaires, routiers et aériens, ainsi que du personnel de l'hôtellerie et de la restauration.

La législation anti-tabac s'étend maintenant aux bureaux privés, aux usines, aux magasins. En Nouvelle-Zélande, la loi de 1990 sur l'environnement sans fumée exige que des règlements écrits sur l'usage

Une synthèse sous forme d'une grille de réflexion contenant des thèmes et des questions est proposée en annexe du cahier.

Sept projets québécois de concertation sont présentés à partir d'une série d'entretiens menés auprès des acteurs de ces projets. Ils illustrent et actualisent les principes cités ci-dessus. Cependant la différence de contexte en rend la lecture parfois un peu difficile, mais chacun peut aisément se situer personnellement dans une situation de concertation tellement ce mode de travail est répandu.

Je suis personnellement persuadé de l'importance de cette démarche. Malheureusement, je suis tout aussi certain qu'elle ne suscitera pas l'enthousiasme tant chacun est persuadé de bien fonctionner en ce domaine. Le quatrième numéro de la collection de l'A.P.E.S. est consacré un peu au même sujet: "Pour un fonctionnement efficace des groupes d'actions". C'est celui qui nous est le moins demandé...

## 4. L'intervention éducative pour la promotion de la santé au travail

Les auteurs: Marguerite Paiement, Catherine Martin, Jean Fortier

Avec ce quatrième numéro sur la santé au travail et avec le cinquième sur la santé mentale, la collection "Promotion de la santé" change de perspective. Après les concepts, les définitions, les descriptions et les illustrations de stratégies d'action, nous abordons un milieu spécifique et une thématique particulière avec les mêmes bases, mais sous un autre angle. (Nous rappelons que nous n'avons pas pu nous procurer le cinquième numéro à ce jour et ne pouvons donc pas vous le présenter).

Avant de vous faire découvrir le contenu de ce cahier, quelques remarques préalables:

- La promotion de la santé reste le concept de base. L'objectif est le développement de conditions favorables à la santé des travailleurs dans leur environnement. Les auteurs n'ont pas considéré le problème des habitudes de vie des travailleurs (tabagisme, activité physique,...). Cette restriction nous semble pourtant un peu artificielle: la santé liée aux conditions de travail et celle liée aux habitudes de vie sont étroitement mêlées. Le tabac touche l'environnement, la forme physique peut être une condition de protection importante, la consommation d'alcool un facteur de risque, etc.

- La distinction qui est faite entre l'intervention éducative (une démarche générale qui correspond globalement à un processus interactif et pédagogique entre les milieux de travail et les intervenants) et l'éducation pour la santé (une discipline particulière avec ses modèles qui est centrée sur la modification et l'apprentissage des comportements) nous pose question. Y a-t-il là vraiment deux domaines distincts? Que recouvrent ces différences?

- La richesse des réalisations en santé au travail au Québec est considérable. Elle s'explique, en partie, par l'organisation des services de santé. Les D.S.C. (Département de Santé Communautaire) et les C.L.S.C. (Centre Local de Santé Communautaire) ont des équipes de santé et sécurité du travail qui interviennent dans les entreprises: surveillance médicale et environnementale, élaboration de programme de santé spécifique, collaboration avec les comités de santé et sécurité (remarque la différence de dénomination, intervention d'information et de formation).

Les grandes lignes du texte sont les suivantes:

1. les attitudes à adopter;
2. des étapes à franchir;
3. des fondements théoriques;
4. des avenues d'intervention à explorer.

Dans le premier chapitre, des principes sont dégagés:

- Reconnaître aux milieux de travail une capacité de changement, c'est-à-dire la capacité de comprendre et de changer les facteurs qui influent sur la santé: écouter, comprendre la dynamique de l'entreprise.
- Situer clairement les niveaux de responsabilité vis-à-vis de la santé individuelle et collective, les mécanismes de participation, de représentation.
- Favoriser une prise de conscience individuelle (préalable indispensable) et collective.
- Valoriser le concret, le recours à une pédagogie active, participative.

Dans le second, la rigueur de l'approche est recommandée, mais la souplesse, l'adaptation aux besoins, aux contraintes de chaque milieu sont tout aussi importantes. Un cas fictif sert à illustrer la démarche.

- L'analyse du milieu:
  - . L'organisation interne, la dynamique entre acteurs, etc.
  - . Les problèmes du milieu et les risques prioritaires, etc.
  - . Un inventaire préliminaire de solutions.
  - . Les facteurs qui influencent la motivation au changement.
- L'établissement d'un consensus et la définition d'un mandat:
  - . les partenaires et les personnes-cibles;
  - . les objectifs;
  - . les stratégies de persuasion, celles qui facilitent la décision de passer à l'action, celles qui encouragent l'adoption, la modification ou le maintien de comportements.
- La planification opérationnelle du mandat.
- La réalisation des activités, l'évaluation et le suivi.

Le troisième chapitre présente les fondements théoriques concernant les changements de comportement.

Le modèle proposé, celui de Rogers, n'était pas présenté dans le numéro 2 de la Collection. C'est pourquoi nous vous le signalons. Un tableau fournit des exemples tirés du milieu de travail ainsi que des implications pour l'intervention dans ce même milieu.

- leure distribution);
- au bon prix, ou investissement du client (l'équilibre entre les bénéfices et les coûts);
- à l'aide de la meilleure campagne promotionnelle (les meilleurs canaux de communication);
- soutenu par le pouvoir public et l'opinion publique.

### La communication stratégique

Hervé Ancil nous présente l'aspect pratique et non la théorie de la communication. Cette pratique permet d'améliorer la transmission des messages entre groupes et individus et peut servir la promotion de la santé.

L'auteur commence par un avertissement: n'assimilons pas la communication aux campagnes d'éducation pour la santé par les médias. La plupart des principes sur lesquels reposaient ces campagnes se sont révélés insuffisants:

- l'adoption d'un comportement est une caractéristique inhérente à l'individu;
- l'individu raisonnable opte pour le comportement sain à la condition de recevoir suffisamment d'informations pour fonder son choix;
- les médias peuvent diffuser des messages de manière efficace, et à des coûts relativement accessibles, à de très importantes masses de gens;
- le pouvoir des médias agit plus ou moins directement sur tous les individus, indépendamment de leur personnalité, de leur position sociale, de leurs connaissances, de leurs attitudes, de leurs comportements.

L'idée maîtresse de la communication tient dans une formule simple:

- qui ? (la source);
- dit quoi ? (l'information);
- par quel canal ? (le support);
- à qui ? (le récepteur).
- avec quels effets (l'interprétation).

Pour informer il faut élaborer un plan de communication:

- choisir des objectifs en fonction du projet, des ressources, etc.

- définir le groupe cible et son univers;
- formuler le message: un contenu informatif, persuasif et une forme adaptée au public;
- choisir le canal en fonction des éléments précédents et des habitudes de communication du public visé.

L'auteur termine son chapitre en présentant quelques techniques de communication: la publicité, les relations publiques, les activités communautaires (fêtes, expos,...), les documents imprimés et audiovisuels.

### 3. Les acteurs en promotion de la santé. Concertation et action intersectorielle

*Les auteurs: Daniel Guérin, Catherine Martin, Mireille Lemasson, Geneviève Tremblay, Louis-Paul Thauvette*

Les concepts de promotion de la santé et de concertation sont étroitement associés. Ils misent tous deux sur une dynamique interactive, sur le partenariat et sur l'adhésion volontaire comme principes fondamentaux d'intervention.

La promotion de la santé, dans ses principes et dans ses méthodes, ainsi que dans leur application dans de nombreux milieux (famille, communauté, milieu de travail, système de soin,...), entraîne une dynamique organisationnelle qui repose essentiellement sur la pratique de la concertation.

Plus simplement, la concertation c'est rassembler des énergies au service d'une cause commune. Or, la promotion de la santé suppose d'entreprendre des interventions qui portent sur des déterminants multiples de la santé dans des secteurs variés avec des acteurs tout

aussi variés. La concertation et l'action intersectorielle seront donc des stratégies pour mener ces interventions.

La concertation repose cependant sur certaines règles. C'est un processus formel de gestion et de coordination, même s'il n'est pas très hiérarchisé, ni institutionnalisé. C'est une démarche volontaire qui réunit des acteurs autonomes qui conviennent d'harmoniser leurs orientations, leurs stratégies, leurs actions concrètes pour atteindre des objectifs communs.

L'intérêt particulier de ce cahier est de préciser certaines des conditions de réalisation et de réussite de ce processus.

- Analyser les motivations et les attentes de départ:
  - . corriger un problème,
  - . échanger des informations,
  - . protéger ses acquis ou répondre à une pression,
  - . se ressourcer,
  - . disposer d'une tribune.

La diversité des motivations influence l'efficacité du processus de concertation. Le niveau des attentes est en général très élevé au début de toute expérience de concertation. Chacun souhaite des résultats concrets, visibles et rapides!

- Apprendre à se connaître dans le groupe;
- Identifier les priorités;
- Structurer et gérer le fonctionnement (les crises !);
- Aboutir à des actions concrètes.

D'autres conditions sont nécessaires:

- des conditions structurelles: secrétariat, moyens financiers, reconnaissance du mandat par les instances concernées;
- des conditions individuelles: compétence, régularité, autonomie, tolérance, empathie, sens du relatif, acceptation de l'ambiguïté, sens du risque, sens des responsabilités vers la population,...
- des conditions fonctionnelles et sociales: information vers l'extérieur, modalités de fonctionnement claires, connues, acceptées, partage équilibré des coûts et des gains entre les participants.

du tabac soient établis, en concertation avec les salariés concernés, pour chaque lieu de travail. Ces règlements doivent au minimum interdire de fumer dans les ascenseurs, dans les bureaux où travaillent plusieurs personnes, dans la moitié au moins de la cafétéria (ou du restaurant d'entreprise) et dans tous les lieux de travail auxquels le public a normalement accès.

En Suède, fumer au travail fait l'objet de restrictions depuis 1983, et de nouvelles lois, qui interdisaient le tabac dans tous les lieux de travail, sont à l'étude. Dans certains pays, on s'attache particulièrement à limiter l'usage du tabac là où les travailleurs sont déjà exposés à des substances nocives, car il peut y avoir un effet cumulatif lorsque s'y ajoutent les poisons contenus dans la fumée de tabac.

Le patronat a le plus grand intérêt à lutter contre le tabagisme sur les lieux de travail, non seulement pour préserver la santé des salariés, mais également pour réduire les dépenses de santé résultant de taux de morbidité et de mortalité plus élevés chez les travailleurs qui fument que chez ceux qui ne fument pas. De nombreuses entreprises encouragent maintenant leurs employés à s'arrêter de fumer en offrant des primes, des jours de congé supplémentaires aux non-fumeurs. En Mongolie, par exemple, les employeurs donnent deux jours de congé supplémentaires, ou l'équivalent en salaire, à tout travailleur qui s'arrête de fumer au moins six mois.

La quasi-totalité de ces mesures, qu'elles soient prises par les pouvoirs publics, le patronat ou des groupes de travailleurs, ont été largement acceptées et n'ont pas causé de problèmes graves. Elles contribuent à faire admettre que le travail sans tabac est la norme dans une société moderne.

*Informations fournies par le programme Tabac ou Santé de l'OMS ■*

## Quand l'Ecole et la Croix-Rouge se mettent à table...

L'alimentation constitue une préoccupation majeure des responsables de l'éducation pour la santé. C'est pourquoi la Croix-Rouge entamait au début de l'année 90 un programme pour une action pilote sur ce thème dans six classes de l'enseignement secondaire. Suite aux retards et perturbations engendrés par les grèves, le projet sera prolongé jusqu'en novembre 1991. Pour des raisons développées dans le rapport d'activités, l'intervention connaîtra une expansion quantitative considérable puisqu'après vingt-trois mois de fonctionnement, l'action a concerné plus de quinze établissements d'enseignement secondaire et une dizaine d'écoles primaires, sans compter la vingtaine d'écoles et associations qui ont profité d'aides méthodologiques ponctuelles. Dans le bilan proposé ci-après, nous suggérons trois axes de réflexion correspondant aux questions suivantes:

- Quelles conclusions tirer quant aux phases de sensibilisation, d'information et de modifications de comportements?

- Quels ont été les facteurs favorables et défavorables à la réalisation du projet?
- Quelles recommandations en déduisons-nous pour l'avenir?

### Quelques conclusions quant aux résultats de l'intervention

#### Sensibilisation des jeunes

Si dans la majorité des cas, le thème "alimentation" ne constituait pas un pôle d'intérêt privilégié chez les jeunes, il a suscité une écoute attentive dans la mesure où la diététique était envisagée non comme une fin en soi mais comme un moyen parmi d'autres pour "se sentir bien", pour "être en forme". La perspective classique qui envisage l'éduca-



photo Minnée

tion nutritionnelle sous l'angle de la prévention des maladies cardiovasculaires, de l'obésité ou de certains cancers, ne correspond pas à l'image que les jeunes ont de la santé en général et de l'alimentation en particulier. Pour eux, l'alimentation est d'abord et surtout sociale et affective; elle participe au plaisir, à la rencontre des autres, à la culture. Notre intervention a permis de renforcer chez les jeunes le plaisir d'"être bien" en proposant comme moyen un comportement alimentaire varié, équilibré, convivial. En ce sens, les jeunes sont prêts à se mobiliser pour améliorer l'environnement nutritionnel de leur école ou modifier certains de leurs comportements.

### Amélioration des connaissances

Pour la majorité des élèves, notre démarche a contribué à améliorer leurs connaissances en hygiène nutritionnelle: meilleure connaissance des familles alimentaires, des besoins et des sources de nutriments, de la composition d'un repas équilibré,... L'effet de notre intervention a été principalement de consolider des connaissances acquises à l'école primaire, de les structurer et surtout de leur donner une utilisation pratique et vivante à travers des "événements" (petits déjeuners, repas de midi,...).

### Modification de comportements

Force est de constater la difficulté d'évaluer les modifications éventuelles des comportements alimentaires des jeunes rencontrés. Sur base des questionnaires d'évaluation et des observations des enseignants, nous pouvons avec prudence avancer les points suivants:

- la consommation du petit déjeuner est plus fréquente et son contenu est plus équilibré suite à notre intervention;
- la qualité nutritionnelle des collations s'est sensiblement améliorée par la présence plus fréquente de fruits et de céréales;

- dans les écoles où une alternative a été proposée (sandwiches "naturels", repas chauds), les élèves se sont montrés très réceptifs à ces nouveaux services.

## Facteurs favorables et défavorables rencontrés

### Obstacles rencontrés sur le terrain

Notre présence sur le terrain pendant plus de vingt mois nous a permis d'analyser le degré de réceptivité de l'enseignement secondaire par rapport à l'éducation pour la santé. Nous avons ainsi pu relever un certain nombre de facteurs ayant entravé notre intervention:

- la lourdeur de la structure scolaire: exigence des programmes, complexité des horaires, nombre élevé d'intervenants (enseignants, direction, économiste, IMS,...) mouvançe des enseignants, méconnaissance par les enseignants des ressources de l'établissement, périodes de congés, de contrôles;
- l'absence d'une réelle politique de santé à l'école: absence de coordination et de réflexion sur la problématique de la santé, crise de la médecine scolaire;
- la limitation au cognitif: développement du savoir mais peu ou pas de savoir-faire et de savoir-être, d'où la difficulté de travailler en termes de comportements;
- le manque de motivation des enseignants: manque de formation en éducation pour la santé, manque d'investissement personnel, méconnaissance des structures et des méthodes de l'éducation pour la santé.

L'ensemble de ces facteurs, présents en tout ou en partie dans la majorité des établissements scolaires, explique que l'intervention d'éducation pour la santé n'a pas atteint de façon optimale certains objectifs comme l'implication active des enseignants dans le projet

ou la mise en place de modifications à long terme de l'environnement nutritionnel.

### Facteurs favorables

Pour prévenir les obstacles repris ci-dessus ou atténuer leurs effets négatifs, nous pouvons mettre en exergue certains facteurs "favorisants" communs aux établissements où le projet a le mieux fonctionné.

#### Participation des enseignants à la phase exploratoire.

La phase exploratoire qui consiste à analyser les demandes et les besoins, ainsi que les ressources humaines, matérielles et financières de l'école, induit l'enseignant à s'interroger sur les motivations, la réceptivité, les disponibilités de ses collègues et de ses élèves. Si l'enseignant est impliqué dans cette phase, il sera ainsi permis de réunir trois conditions fondamentales à la réussite d'un projet, à savoir:

- la communication au sein de la communauté éducative;
- la connaissance par l'enseignant de ses propres élèves;
- l'intégration de la démarche d'éducation pour la santé dans la politique pédagogique globale de l'école.

#### Nécessité d'une Cellule Santé

Idéalement composée de deux enseignants, du directeur et d'un représentant de l'IMS et PMS, cette cellule encadrera le projet, définira les objectifs, choisira les stratégies en collaboration avec les professionnels de la santé. Son rôle deviendra déterminant quand l'organisme agréé se retirera: la cellule pourra assurer la continuité du projet.

#### Implication de l'ensemble de la communauté éducative

Plusieurs évaluations ont montré que la sensibilisation et l'information de l'ensemble du personnel, permettaient un renforcement des messages de santé et créaient un "climat", un contexte favorable et motivant pour les élèves.

L'A.P.E.S., nous aimerions l'utiliser avec des intervenants de terrain. Nous attendons vos propositions).

### L'ACTION POLITIQUE

Son but est de renseigner ceux qui sont chargés de prendre des décisions au sujet de problèmes particuliers, et de les influencer dans le sens d'une amélioration de la santé de la population en général.

On y distingue:

- la législation concernant la santé;
- la pression politique (lobbying);
- la politique publique favorisant la santé qui est multisectorielle (agriculture, éducation, transport, travail, environnement,...).

### LA CONSCIENTISATION

C'est une approche éducative développée par le Brésilien Paulo Freire en éducation populaire dans les milieux les plus défavorisés pour développer une conscience critique et agir. Elle comprend les éléments suivants:

1. Se familiariser avec le langage des gens au moyen de l'observation participante.
2. Dégager les thèmes générateurs reflétant les préoccupations et les espoirs des gens.
3. Synthétiser les idées des gens et les codifier en images visuelles, en chants, en sculptures vivantes,...
4. Permettre aux personnes visées de déchiffrer et d'effectuer elles-mêmes une analyse critique de thèmes clés illustrés;
5. Déboucher sur un projet concret lié aux préoccupations des gens.

### L'éducation pour la santé

Louise Hagan nous présente cette stratégie d'intervention. Nous la résumerons plus brièvement considérant qu'elle est plus familière aux lecteurs.

Ce texte nous rappelle tout d'abord l'importance de ce domaine:

- L'Organisation Mondiale de la Santé en fait la première des huit

composantes essentielles des Soins de Santé Primaires;

- la Promotion de la Santé repose, par définition, sur la participation active du public, l'éducation pour la santé représente un instrument capital dans ce processus.

C'est la démarche d'éducation pour la santé qui est ensuite décrite: planification, implantation et évaluation. Le modèle **PRECEDE** de Laurence Green et de ses collaborateurs (1982) y tient la majeure place. PRECEDE (Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) est un outil de planification systématique des interventions éducatives qui guide le cheminement entre l'objectif final de qualité de vie et les composantes d'un programme d'éducation pour la santé à travers une série de diagnostics sociaux, épidémiologiques, comportementaux, éducationnels, administratifs. Une intervention éducative vis-à-vis du stress est proposée comme illustration par l'auteure.

Quelques remarques sur l'implantation et l'évaluation d'une intervention éducative complètent le chapitre, dont celle-ci, capitale:

*L'éducateur est une ressource qui aide à l'apprentissage, mais c'est la personne visée qui apprend, contrôle et maîtrise ses apprentissages.*

### Le marketing social en promotion de la santé

C'est une stratégie dont on parle beaucoup, à Montréal, mais aussi chez nous. Que nous dit Robert Pronovost à ce propos?

Traditionnellement, le marketing se veut une discipline qui touche le marché des biens matériels dans le secteur privé. L'expression marketing d'idées sociales: la conception, la mise en oeuvre et le contrôle de programmes visant à faire accepter ou rejeter certaines idées sociales en s'appuyant sur des considérations telles que

- le **PRODUIT** ou service;
- la **PLACE**, la distribution du produit;

- le **PRIX**;
- la **PROMOTION**, la communication.

Le principe de base est d'établir un échange entre un groupe cible et une organisation.

Il y a échange lorsque l'organisation offre quelque chose (objet, valeur, service,...) à quelqu'un qui est prêt à échanger celle-ci contre quelque chose d'autre comme de l'argent, du temps, de l'adhésion,...

L'élément crucial est donc la connaissance des besoins, des désirs et des demandes du marché visé. Il faut identifier et sélectionner des sous-groupes du marché appelés publics cibles pour les regrouper selon ces besoins, désirs ou demandes (segmenter le marché).

### 1. Analyse de l'environnement

#### 1.1. Externe

- les groupes-cibles qui ont un impact potentiel;
- les concurrents qui visent le même marché;
- les influences sociales, culturelles, politiques, etc.

#### 1.2. Interne

Les ressources actuelles et potentielles de l'organisation (financement, ressources humaines,...).

### 2. Analyse du marché

- le marché actuel et potentiel (déjà engagé dans l'échange ou qui pourrait le devenir);
- la segmentation: groupe les individus dont les réactions souhaitées seront semblables pendant un temps donné.

### 3. La formulation de la stratégie

- les objectifs: ce qui doit être accompli;
- la stratégie: comment l'accomplir? Quelles interventions, services ou produits faut-il créer, développer, modifier, supprimer?

### 4. L'élaboration du "marketing-mix"

Mettre au point un plan de travail détaillé avec les activités axées sur l'échange:

- du bon produit ou service;
- à la meilleure place (avec la meilleur

- la perception d'une menace pour la santé;
- la croyance en l'efficacité de l'action à entreprendre pour réduire cette menace.

**La théorie sociale cognitive  
(BANDURA, 1977, 1986)**

**Croyance en l'efficacité  
personnelle**

Selon cette théorie, les différences individuelles, dans la façon d'accomplir une action ou d'emprunter un comportement significatif s'expliquent en grande partie par deux croyances:

- la croyance en l'efficacité du comportement;
- la croyance en l'efficacité personnelle.

**La théorie de  
l'action raisonnée  
(FISCHBEIN et AYZEN, 1975)**

**L'intention seule permet  
de comprendre  
le comportement**

Le déterminant immédiat d'un acte comportemental est l'intention de la personne de poser ou de ne pas poser une action donnée. Cette intention est déterminée par:

- son attitude à l'égard du comportement (croyances quant aux conséquences et évaluation des conséquences);
- l'importance qu'elle accorde à l'opinion de certaines personnes (norme subjective).

**La théorie  
des comportements  
interpersonnels  
(TRIANDIS, 1977)**

**Complémentarité  
de l'intention  
et de l'habitude**

Selon l'auteur, plusieurs comportements devenus par la pratique plus ou moins automatisés peuvent se manifester sans pour autant découler d'une volonté consciente. La fréquence avec laquelle un comportement donné s'est déjà manifesté dans le passé (la force de l'habitude) constitue un facteur appréciable de prédiction et cela au même titre que l'intention. L'habitude est déterminée par l'habileté à emprunter un comportement donné et par l'expérience acquise grâce à la répétition de ce même comportement.

**La théorie  
du comportement  
planifié (AYZEN, 1985)**

**Perception du contrôle**

Pour assurer une prédiction juste du comportement sur lequel l'individu a seulement un contrôle limité, nous devons évaluer non seulement son intention mais aussi estimer la perception qu'a l'individu de son contrôle (physique et psychologique) sur le comportement à venir.

Gaston Godin termine sa synthèse et établit la différence entre des modèles de prédiction du comportement et des modèles de planification

des interventions éducatives (comme celui de Green présenté plus loin).

**Stratégies de changement social: les individus et les groupes sont des acteurs...**

Catherine Martin et Mychèle Balthazard nous présentent l'organisation communautaire, l'action politique et la conscientisation comme des stratégies de changement social pour promouvoir la santé. Ces stratégies considèrent les forces sociales et politiques comme des déterminants de la santé (système d'éducation, institution familiale, organisation du travail,...), mais aussi comme leviers de changement. Elles s'appuient sur des individus et des groupes considérés comme des acteurs du changement social et faisant pression sur les décideurs. Les travailleurs de la santé peuvent devenir des agents de facilitation du changement social s'ils analysent les interactions entre la santé et les facteurs sociaux; s'ils analysent les politiques de santé; s'ils partagent savoir et expérience.

**L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE**

De façon globale, l'organisation communautaire s'appuie sur un processus éducatif en ce sens qu'elle mise sur la capacité des individus de percevoir et d'analyser leurs conditions de vie, d'adopter des pratiques pour les améliorer, et de développer des attitudes critiques envers les phénomènes sociaux; elle s'appuie aussi sur un processus d'ordre politique puisqu'elle implique une action collective et entraîne les énergies et les ressources de la communauté.

L'organisation communautaire est une pratique sociale qui n'est pas homogène: gestion de projet avec la communauté, pression politique, entraide,... Les auteurs (expression courante au Québec) insistent sur la rigueur d'application (analyse du milieu, recherche de solutions, mobilisation, évaluation,...).

Elles proposent une grille d'intervention communautaire qui est un véritable outil de travail pour développer des projets de ce type (à

*Utilisation des compétences de chaque professeur*

Les stratégies déployées en éducation pour la santé permettent un large éventail de stratégies. La participation d'un maximum d'enseignants passera par l'utilisation de leurs capacités propres à la réalisation de certains supports (panneaux, affiches, décors, menus,...). Ainsi, l'enseignant participera de façon active au projet, dans la mesure de ses aptitudes, en sera valorisé et deviendra un partenaire efficace.

*Nécessité d'un "événement" (petit déjeuner, cocktail santé, repas,...)*

La réalisation d'un événement original présente plusieurs effets positifs: l'événement rend l'action "visible", il la médiatise; il assure la "lisibilité" de l'intervention en concrétisant des principes et des notions abstraites; l'événement donne un caractère festif et convivial et constitue un moment de rencontre privilégié.

**Pour une politique d'éducation pour la santé**

Sur base des expériences réalisées dans les écoles et des constats décrits ci-dessus, nous pouvons dégager certaines conditions essentielles dont le respect garantira non seulement la réussite des projets d'éducation pour la santé mais servira également de base à l'élaboration d'une politique globale d'éducation pour la santé.

1. Information des enseignants sur les structures d'éducation pour la santé.
2. Formation des enseignants à l'éducation pour la santé (définition, méthodes, outils, objectifs,...) afin qu'ils deviennent partenaires et relais des organismes agréés.
3. Proposition d'outils pédagogiques contenant à la fois des in-

formations méthodologiques, scientifiques et pratiques.

4. Développement d'une pédagogie active assurant une participation dynamique des élèves et des enseignants.
5. Respect des opinions des jeunes quant à la santé (importance de l'affectif et du socio-culturel).
6. Réalisation d'actions préventives non éducatives rendant possible la réalisation des objectifs de santé en modifiant les facteurs environnementaux.
7. Implication des parents dans le processus éducatif.
8. Collaboration avec les IMS/PMS, en amont pour récolter des données, en aval pour assurer la continuité de l'intervention.
9. Intégration de l'éducation pour la santé dans les programmes en établissant des relations entre les matières enseignées et l'éducation pour la santé.
10. Proposition de messages réalistes et réalisables, respectueux des conditions familiales, sociales et matérielles des récepteurs.
11. Approche globale correspondant à la conception que les jeunes ont de leur santé et favorisant l'adoption de comportements favorables à long terme.

Dénominateur commun à chacun de ces objectifs: la nécessité de parler, de s'exprimer, de dialoguer. Eduquer à la santé, c'est peut-être, et avant tout, permettre à chaque individu de communiquer avec lui-même et avec les autres, d'écouter et d'être écouté dans le respect et la tolérance.

**André Lufin**, Croix-Rouge de Belgique

Article relatif à un programme faisant l'objet d'une subvention du Ministère de la Communauté française. ■

**Journée "Education pour la santé, pratiques et recherches"**

Le samedi 28 mars 1992, l'Unité RESO-UCL (Réseau des Enseignements en Santé ouverts aux adultes) mettait sur pied une 3ème journée où praticiens et chercheurs en éducation pour la santé trouvaient l'occasion d'échanger leurs réflexions.

L'objectif de cette journée était de mettre l'accent sur les points de convergence et de divergence entre les deux forces qui sous-tendent tout projet (recherche action sur le terrain) et l'attente du public présent face à ces questions.

L'auditoire de 120 participants fut, en première partie, invité à écouter l'exposé de deux représentants des secteurs confrontés.

Le Docteur Michel Roland (médecin à la Maison Médicale de Forest) fit part du pari lancé depuis 1977 par la Maison Médicale de Forest qui, avec ses errances, ses doutes, ses succès et ses espoirs se révèle un exemple typique en matière d'action pratique en éducation pour la santé.

Le Professeur Michel Mercier (Professeur de psychologie médicale aux Facultés Notre-Dame de la Paix) enchaîna ensuite par un aperçu de la méthodologie applicable en recherche en éducation pour la santé, synthétisée dans 5 points-clés:

- l'évaluation du contexte social (1)
- et psychosocial (2)
- la spécificité du modèle de recherche en éducation pour la santé (3)
- face au modèle scientifique classique (4)
- et l'importance de la pluridisciplinarité (5).

Sur base de ces deux interventions, la question d'un rapprochement possible entre chercheurs et praticiens se trouvait posée.

Elle allait trouver son développement dans la seconde partie.

L'assistance fut partagée en 3 ateliers thématiques qui prolongèrent la réflexion en l'axant plus spécifiquement sur le patient, le personnel de santé, ou la communauté.

Le principe de fonctionnement des ateliers fut un dialogue plus direct entre praticiens et chercheurs, par le biais de 3 nouveaux exposés suivis d'un temps de questions-réponses et de discussions.

Une dernière partie devait retrouver l'assemblée réunie pour entendre le Professeur Bury (Unité d'EPS-UCL) énoncer quelques conclusions.

Ces quatre heures de réflexions mirent en évidence le désir et le besoin d'une complémentarité grandissante entre praticiens et chercheurs en éducation pour la santé. Les acteurs des deux pôles sont conscients à la fois de leurs spécificités et de leurs lacunes respectives, et de la limite floue de leurs prérogatives.

L'éducation pour la santé dépasse le cadre strict des praticiens de la santé et touche à des aspects humains fondamentaux qui nécessitent un dialogue constant entre le public concerné et les praticiens. Cette idée qui a émergé à plusieurs reprises lors des débats a mis l'accent sur la nécessité de garder une certaine humilité afin de ne pas détourner l'éducation pour la santé de son objectif premier qui doit rester de guider l'individu vers un comportement "autonome" et non de le maintenir dans une position "d'assisté".

Dans cette optique, la recherche et plus spécifiquement son aspect psycho-sociologique, peut s'affirmer un partenaire précieux.

La journée s'est clôturée à 14 heures par un buffet qui a rencontré l'approbation générale d'un auditoire dont le calme et la lassitude loin de révéler l'ennui trahissait plutôt un état proche de l'inanition!

Françoise Fierens

## Hygiène dentaire: Wavre 1990, Tubize 1991

Voici à peu près un an (cf. Education Santé n°59), nous relations dans ces pages la campagne d'hygiène dentaire que nous avons menée dans la région de Wavre. Forts de cette expérience, nous avons décidé de prolonger cette action dans une autre région du Brabant Wallon. Pour des raisons internes à la mutualité, Tubize a été choisie pour cette deuxième action. La méthodologie mise en place était identique, à savoir une recherche préalable des organismes capables de relayer nos informations, la diffusion des informations lors d'animations et de rencontres et l'évaluation. La part prise par Infor Santé Caritas dans l'animation sur le terrain était cependant plus importante notamment dans les écoles.

Alors qu'à Wavre, nous nous étions limités, de par la structure de la région, à 5 types de partenaires (cabinet dentaire, Centre de Santé, écoles, permanence mutualiste et ONE), les contacts que nous avons pris à Tubize nous ont permis d'y ajouter quelques nouveaux venus non négligeables, qui drainent un important public: la Ligue des Familles, le Service des Gardiennes Encadrées du CPAS, un comité de quartier, le patro, l'UCP et Vie Féminine.

Le public a donc été plus nombreux (environ 1800 enfants) et touché de façon plus personnelle (420 enfants ont reçu des animations dans leur classe). Il faut y ajouter les parents et grands-parents qui ont été contactés par une lettre remise aux enfants.

### A épingler particulièrement

Quelques actions que nous avons menées méritent d'être épinglées

soit parce qu'elles sont novatrices, soit à cause de l'intérêt particulier qu'elles ont suscité auprès du public.

- Les animations dans les classes: deux animations de deux heures ont été proposées aux écoles. 21 classes ont été touchées et nous avons dû en refuser d'autres faute de temps. La réaction du corps enseignant a été unanime: expérience très enrichissante à reconduire. Nous espérons qu'ils prendront le relais puisqu'ils ont vu de quoi il s'agissait. Le matériel est d'ailleurs à leur disposition.

- Nous avons aussi sensibilisé les enfants par le biais de leurs grands-parents: trois animations ont été programmées dans les groupes d'aînées de Vie Féminine et à l'UCP. Nous avons demandé aux grands-parents de parler de ce problème à leurs petits-enfants et de leur distribuer le matériel. L'évaluation nous a démontré que le message était bien passé.

- Une mini-formation a été proposée au Service des Gardiennes Encadrées du CPAS (une séance d'information sur la campagne + une séance de formation). Là aussi l'intérêt a été manifeste et la dynamique intéressante.

- Lors de la Bourse aux Vêtements organisée par la Ligue des Familles, nous avons tenu un stand et distribué du matériel aux enfants. Notre brosse à dents et notre tube de dentifrice géants attiraient inévitablement le regard des enfants qui passaient dans le hall.

- Enfin, un peu en marge de la campagne, le patro de Tubize a mis l'accent sur ce problème pendant son camp annuel du mois de juillet (distribution de matériel, jeux, vérification du brossage, matin et soir...).

**La promotion de la santé est aussi une pratique.** Elle fait donc appel à de nombreux acteurs en concertation: professionnels de la santé, des services sociaux, de l'éducation; décideurs publics et privés; intervenants dans la communauté. Les auteurs nous présentent d'abord les opportunités offertes par la promotion de la santé.

Par exemple, une infirmière à l'école dépasse son rôle traditionnel de surveillance de la salubrité ou d'éducatrice à la santé vers les élèves pour élargir ses stratégies vers la communauté éducative locale par des méthodes variées. Mais cette nouvelle approche a des exigences, notamment de formation.

Ensuite une grille de synthèse très utile illustre le champ d'action de la promotion de la santé sur les déterminants de la santé... La personne, l'interaction personne-environnement, l'environnement social, culturel et économique, l'environnement naturel et technique.

Enfin les objectifs généraux de la promotion de la santé retenus dans la charte d'Ottawa sont rappelés:

1. Une politique publique saine. La politique est l'instrument collectif le mieux adapté et le plus percutant pour façonner le cadre et le mode de vie des populations.
2. Le renforcement des communautés. Cela entraîne la participation de la population.
3. La création de milieux favorables à la santé. Il faut répondre aux questions posées par l'environnement social et matériel.
4. Apprendre à faire face. Il faut développer les ressources individuelles. Cet objectif est central et supporte tous les autres. C'est là l'enjeu de l'éducation pour la santé.

La conclusion du cahier présente les limites et les dangers de la promotion de la santé: devenir un nouveau domaine de spécialisation du système de santé avec ses disciples et ses professionnels.

Ce premier numéro de la collection "Promotion de la santé", vraiment indispensable pour tout éducateur pour la santé, se termine par le glossaire de la promotion de la

santé réalisé par Don Nutbeam (publié en anglais dans Health Promotion en 1986). Vous y trouverez les concepts de base et les principaux termes utilisés en promotion de la santé.

## 2. La promotion de la santé: concepts et stratégies d'action

Les auteurs: Gaston Godin, Catherine Martin, Mychèle Balthazard, Louise Hagan, Robert Pronovost et Hervé Anctil

Les multiples auteurs de ce cahier ont rédigé chacun une partie spécifique. La première est consacrée aux fondements psycho-sociaux dans l'étude des comportements reliés à la santé. Elle propose un survol des modèles théoriques qui organisent les facteurs psycho-sociaux intervenant dans les décisions des individus. Les autres parties présentent des stratégies d'action: les stratégies de changement social, l'éducation pour la santé, le marketing social en promotion de la santé, la communication stratégique.

Chaque chapitre suit un canevas commun: les principes théoriques, les implications pratiques et des exemples d'application. Ils mettent aussi l'accent sur un même processus, l'analyse, la planification, la réalisation et l'évaluation. La multiplicité des modèles montre la diffi-

culté de la tâche qui attend l'éducateur pour la santé. Les recommandations d'introduction doivent nous guider: éviter les recettes, les certitudes; agir avec humilité et prudence; s'inscrire dans la culture du milieu; ne pas s'ériger en "missionnaire" d'une cause particulière; respecter la liberté des individus et des groupes, mieux, élargir cet espace de liberté.

La richesse de ce numéro sa densité, en fait un outil de travail incontournable pour tout éducateur pour la santé. A une nuance près, il ne sera pleinement utile que pour des personnes déjà formées ou en voie de formation. Si vous n'avez jamais fait d'éducation pour la santé, ne commencez pas par là, ou pas seul!

### Les fondements psychosociaux dans l'étude des comportements reliés à la santé

Gaston Godin, professeur titulaire à l'École des Sciences Infirmières de l'Université Laval à Québec, nous propose en une vingtaine de pages une synthèse courte, mais précise et illustrée de schémas. Cinq modèles théoriques qui tentent d'expliquer pourquoi les individus adoptent ou non un comportement donné. Connaître les facteurs qui influencent les décisions des individus concernant leur santé se pose en effet comme un préalable au choix des méthodes d'intervention et à la définition du contenu des messages éducatifs.

#### MODELES

Le modèle des croyances relatives à la santé (Health Belief Model ou H.B.M.) (ROSENSTOCK, 1974)

#### CARACTÉRISTIQUE PRINCIPALE

Perception d'une menace

C'est le seul modèle limité au secteur de la santé. Le H.B.M. pose comme prémisses que tout individu est susceptible d'entreprendre une action pour prévenir une maladie ou une situation désagréable s'il possède des connaissances minimales en matière de santé et s'il considère la santé comme une dimension importante à l'intérieur de sa vie.

Les déterminants qui entrent en jeu dans la décision d'agir sont:



## Des cahiers pour la formation des intervenants

A Montréal, nous avons été confrencier d'un atelier sur les outils de soutien à l'intervention. Nous y avons présenté la collection "Méthodes au service de l'éducation pour la santé" de l'A.P.E.S. comme un outil de communication, d'intervention et de formation auprès des acteurs de terrain.

A cette occasion, nous avons pris connaissance d'un projet un peu semblable coordonné par Catherine Martin, D.S.C. Hôpital Maison Neuve-Rosemont, qui, à l'époque de cette réalisation en 1988, était chargée de mission pour le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Il s'agit des cahiers de la collection "Promotion de la santé".

Nous pensons qu'il est indispensable de vous présenter cette collection pour deux raisons. La première parce que ces documents sont excellents et la seconde parce qu'il y a trop peu de documents méthodologiques publiés en langue française.

Ce constat ressort d'une étude récemment publiée par l'Association Louis-Paul Aujoulat pour le Développement (A.L.P.A.D.). L'A.L.P.A.D. est une association privée française qui veut développer et promouvoir la place de l'éducation pour la santé dans les pays francophones, surtout ceux en développement, en mettant l'accent sur l'importance d'une approche globale adaptée et intégrée au contexte socio-culturel. Sa première démarche a été d'analyser les besoins de ce secteur par des rencontres et débats, par des entretiens individuels, par des enquêtes par questionnaire. Les résultats de cette étude nous concernent. Les 185 questionnaires exploités provenaient de 24 pays francophones dont la Belgique. La formation (38,9%), les échanges d'expérience (34,4%) arrivent en premier choix des souhaits exprimés pour améliorer les pratiques en

éducation pour la santé. Les enquêtés regrettent de façon quasi unanime le manque de publications et de documents de référence en français. (A.L.P.A.D., 33 rue de Dantzig, 75015 Paris, tél.: 33/1/48.28.72.42).

La collection "Promotion de la santé" comprend cinq cahiers. Malheureusement, nous n'avons pu nous procurer que les quatre premiers. La collection est en effet épuisée. J'espère, en fait, aiguïser tellement votre curiosité et votre désir de les obtenir qu'avec votre aide (vous pouvez m'écrire) j'arriverai à convaincre nos amis québécois de les rééditer!

### 1. Promotion de la santé: perspective, pratique

Les auteurs: Catherine Martin et Hervé Ancill.

De quoi parlons-nous quand nous parlons d'éducation pour la santé, de promotion de la santé? Pour confronter les pratiques, les analyser, les évaluer, il faut préciser et clarifier les concepts utilisés. D'autant plus que l'éducation pour la santé étant d'abord une pratique sociale et éducative, sa tendance "activiste" la contraint parfois à négliger la réflexion.

C'est ce besoin de définition qui est rencontré dans ce premier numéro. Au Québec, la perspective de la promotion de la santé oriente depuis de nombreuses années les pratiques. Dès les années 70, la santé était placée au coeur du développement social. C'est au Canada, à Ottawa, que la Charte de la promo-

tion de la santé a été définie en 1986. Qui donc pouvait mieux nous situer ce concept qui vise à rendre à l'individu, aux communautés et aux collectivités les moyens d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé?

**La promotion de la santé est une idéologie.** Elle s'appuie sur le renforcement des idéaux démocratiques: participation des citoyens, correction des inégalités, adaptation des milieux aux besoins. La première partie de la brochure la remet en perspective en suivant l'évolution du concept "santé" de la maladie sociale à la maladie individualisée vers la santé individualisée puis sociale. Les deux principales conceptions de la promotion de la santé sont présentées brièvement:

- la position américaine (healthy people) axée sur le développement et le maintien de saines habitudes de vie et la création d'environnements sains et qui situe la promotion de la santé comme un complément de la protection de la santé (la prévention et le contrôle);
- la position de l'Organisation Mondiale de la Santé (Bureau Européen) qui fait référence au développement de la qualité de vie, des conditions de vie (économiques, sociales,...) et qui distingue la promotion de la santé de la prévention des maladies.

La position plus spécifiquement québécoise replaçant le concept de promotion de la santé comme un domaine d'intervention spécifique en santé communautaire est ensuite précisée.

L'éducation pour la santé est enfin située face à ces notions. C'est une stratégie axée principalement sur les apprentissages reliés à des objectifs variés:

- de **prévention**: vers les comportements considérés comme facteurs de risque;
- de **promotion**: vers les individus comme agents de changement de l'environnement;
- de **protection**, par exemple, vers les patients pour les soutenir dans leur réadaptation.

### Que retenir de cette action?

Dans le travail de longue haleine que nous avons entrepris - à long terme, toutes les villes du Brabant Wallon seront touchées - chaque campagne apporte aussi sa part d'insatisfaction sur certains points, même si l'évaluation globale reste positive.

Tout d'abord, les tests de connaissance et de savoir-faire que nous avons réalisés dans les écoles nous ont démontré que nous touchions des enfants trop âgés (8-12). Les tests de pré-requis et les remarques des enseignants prouvent que ces enfants ont déjà des connaissances théoriques suffisantes en la matière, le reste étant une question d'habitude à prendre. Nous privilégierons donc à l'avenir les enfants de la maternelle et du premier cycle primaire.

On nous a demandé aussi de contacter et d'informer davantage les professionnels qui travaillent avec nous (infirmière, médecin d'IMS, pédiatre...) de sorte qu'ils puissent agir plus en profondeur.

Le matériel a été très bien perçu, que ce soit par les animateurs, les enseignants, les para-médicaux et les parents. La seule réserve était relative aux affiches, trop peu nombreuses et au message désuet. Par contre, la distribution généreuse des brosses et des dentifrices, rendue possible grâce à la générosité des firmes Aquafresh, Signal, Colgate, Fluocaryl, Melisana et Jordan nous a aidés à rendre la campagne attractive.

Suite à cette deuxième initiative, plusieurs demandes de prêt de matériel ont été formulées au service Infor Santé par des Ecoles (Genappe et Braine-le-Château) et par un centre de Soins à Domicile (Braine-le-Château). Cela prouve que notre matériel est apprécié et que le bouche à oreille fonctionne bien.

### Et l'avenir?

Nous envisageons, dès à présent, de continuer notre tour du Brabant

Wallon en fin 92; l'endroit reste encore à définir. Quoi qu'il en soit, nous viserons alors un public plus jeune (4-8), ce qui implique une révision complète de nos animations et de notre matériel pédagogique. Cela implique aussi des préparations avec des institutrices maternelles. A bon entendeur...

## Infor-Homes

L'asbl Infor-Homes a présenté son bilan d'activités pour l'année 1991 sous le titre: "La personne âgée: otage ou bénéficiaire d'un système social?".

Il ressort de l'analyse du travail d'Infor-Homes que la personne âgée confrontée au problème de son placement est très démunie. Elle apparaît comme fortement fragilisée par son âge, son état de santé, ses craintes et sa grande dépendance vis-à-vis de son entourage.

Le rôle d'Infor-Homes se définit de plus en plus comme "syndicat du consommateur de home" par un travail de prévention (informations sur les homes et leur contexte) et de défense (conseils juridiques et examen des plaintes).

Avec des moyens relativement limités (1 appointé, 3 TCT et 35

Un dossier pédagogique et une évaluation complète de cette campagne sont disponibles au service Infor Santé de Nivelles, 54 bd des Archers, 1400 Nivelles. Tél: 067/21.21.21 ■

Eric Jauniaux, Infor Santé Nivelles

bénévoles), l'asbl assure un ensemble d'activités complémentaires: visites de homes, consultations et orientation pour les personnes âgées et leur famille, consultations juridiques et recours, consultations pour gérants, travail de recherche et d'action collective.

Connaissant l'ampleur du défi que représente la place de la personne âgée dans notre société d'aujourd'hui et de demain, le rôle joué par cette asbl dans la promotion et le maintien de la qualité de vie de la personne âgée nous paraît intéressant à souligner.

Pour tout renseignement complémentaire: Infor-Homes, rue du Boulet 40, 1000 Bruxelles. Tél: 511.91.55. ■

## Tournoi de football "Première génération sans tabac"



La Fares a organisé le 25 mars dernier un tournoi sportif "sans tabac" destiné aux membres du club et appartenant à des écoles bruxelloises.

Plusieurs écoles étaient ainsi à l'honneur: l'école communale 6/13 et l'institut Notre-Dame d'Anderlecht, l'école Tivoli de Laeken, l'institut

des Ursulines de Koekelberg ainsi que l'école n°16 de Molenbeek.

Tous ces établissements, grâce au soutien dynamique de l'équipe éducative, ont délégué des jeunes âgés de 6 à 12 ans pour disputer des matchs amicaux selon leur catégorie d'âge (diablotins, préminimes, minimes et cadets).

Cette manifestation a été placée sous le signe de la "Première génération sans tabac" et tendait à prouver aux jeunes que la pratique du sport peut se faire sans l'intervention et le sponsoring des fabricants de tabac. Le coup d'envoi a été donné par le jeune joueur anderlechtois Lempty, aussitôt assailli pour signer des autographes!

Réalisée sous le patronage de la Commission des Communautés Européennes en présence du Bourgmestre d'Hoogh et avec le concours du Directeur des sports et du Royal Sporting Club Anderlechtois, cette action a eu des prolongements intéressants au sein des écoles participantes: organisation de modules de sensibilisation aux méfaits de l'usage du tabac, sélection de jeunes pour une équipe de football représentative du club ainsi que diverses activités ponctuelles à mettre sur pied.

Télé Bruxelles a consacré un reportage "sportif" et d'information concernant le tournoi et son rôle préventif auprès des jeunes sous le



slogan fidèle du club "J'ai décidé d'arrêter avant d'avoir commencé". Bon nombre de jeunes ont ainsi été valorisés dans leur comportement de vie saine sans tabac.

Chaque footballeur et ... footballeuse, car il y en avait aussi sur le terrain, a reçu un diplôme nomina-

tif attestant sa participation au tournoi. Des trophées et autres prix ont récompensé les gagnants mais aussi les perdants du jour, les joueurs les plus fair-play, les meilleurs gardiens de but ainsi que le meilleur buteur du tournoi.

Bref, vive le sport sans tabac! ■

## TOXICOMANIES

### CCNT

"Concertation et Coordination Namuroises en Toxicomanie" est une a.s.b.l. pluraliste, créée en 1985 par des professionnels du secteur psycho-médico-social de la région namuroise. A l'origine, elle constituait l'organe de coordination locale du C.C.A.D.

Son objectif principal est de réaliser des projets de prévention primaire dans le domaine des toxicomanies tant licites qu'illicites chez les enfants, les adolescents et les adultes. Notons cependant que C.C.N.T. n'est pas une structure permanente mais existe effective-

ment par des réunions de ses membres et des groupes de travail.

Ses réalisations sont nombreuses sur le terrain: informations, formations, projet d'enquête, etc... C.C.N.T. fait actuellement l'objet d'un accroissement constant du nombre de demandes qui consistent essentiellement en interventions (informations et/ou animations) en milieu scolaire, à l'intention des enseignants et/ou des élèves. Ces demandes ne sont certes pas le fruit d'un hasard mais bien l'aboutissement d'un cheminement, d'une mûre réflexion, c'est pourquoi C.C.N.T. souhaite mettre à profit son Assemblée Générale annuelle pour inciter les partenaires potentiels du terrain à s'interroger sur leur rôle dans la prévention des toxicomanies, et à formuler

leurs attentes par rapport à cette problématique. Lors de cette rencontre, Madame P. S'Terstevens a été sollicitée pour présenter le programme "Clefs pour l'Adolescence" qui servira de base de réflexion commune, en vue de favoriser la création de synergies entre les intervenants du terrain concernés.

Cette Assemblée Générale se tiendra le mercredi 13 mai 1992, de 13 h 30 à 17 h 00, à Namur, 22 avenue Reine Astrid. De plus amples renseignements peuvent être obtenus auprès de Monsieur André Lambert, rue Tillieux 65 à 5100 Jambes - 081/30.55.20 - ou auprès de Bénédicte Reginster, C.L.C. de Namur (081/22.24.22).

**Bénédicte Reginster**

mis sur pied l'an passé par la Fares fait un véritable malheur parmi les 11-15 ans. Ses promoteurs étaient d'ailleurs loin d'imaginer au départ qu'il rencontrerait un tel succès.

Avec des membres aussi nombreux et enthousiastes, il importe maintenant d'apporter une réponse à la hauteur de l'attente. Pas simple quand on sait que la Fares ne consacre qu'une faible partie de ses ressources au service agréé tabac.

En attendant, le numéro 2 de son trimestriel est paru, dans la ligne du n°1 (publié en supplément dans Education Santé en décembre 91), mais avec de légères retouches qui en améliorent la lisibilité. BD, petit poème, multiples jeux, sans oublier d'autres sujets santé: la "lutte anti-tabac" peut aussi être sympa!

Club 1ère génération sans tabac, rue de la concorde 56, 1050 Bruxelles. ■

## Il n'y a pas plus sain

Ce jeu de mots introduit une brochure de l'ONE sur l'allaitement maternel. On sait très bien que le lait maternel est l'aliment qui convient le mieux au nourrisson. Au besoin, les tentatives des fabricants de laits dits "maternisés" pour se rapprocher le plus possible de sa composition sont là pour nous le rappeler.

Mais actuellement, nourrir son enfant sur une période de plusieurs mois n'est pas aussi facile et évident qu'on le croit. Tant d'éléments peuvent faire échec à cet allaitement. Il faut d'abord que la maman choisisse d'allaiter, qu'elle ne le fasse pas sur la pression de son entourage (comme elle pourrait choisir de ne pas le faire, parce qu'on lui aurait dit que "ça abîme les seins...").

Il faut une bonne information avant et après la naissance de l'enfant, information qui fait parfois défaut à la maternité. L'ONE lance donc une campagne d'information avec le soutien de Mead Johnson, spécialisée en nutrition infantile. Bien vu de la part de deux "concurrents".

Il n'y a pas plus sain, ONE, brochure, 1991. ■

## Vaccinations

Un nouveau matériel concernant les vaccinations vient d'être réalisé par l'Office des pharmacies coopératives de Belgique.

Un matériel de plus à ce sujet, direz-vous; sans doute mais celui-ci traite les vaccins de base sous deux formes: un dépliant à l'attention du public et une brochure à l'attention des pharmaciens.

La brochure aborde la maladie (étiologie, symptomatologie et traitement), le vaccin et la prophylaxie qui s'y rapportent. Les informations sont présentées de façon claire et précise. Des graphiques et une mise en page agréable en facilitent la lecture.

Le dépliant présente le même type d'informations de manière succincte et adaptée au grand public. Il reprend les données essentielles dont un calendrier des vaccinations de base, le tout agrémenté de dessins amusants.

Vaccinations, OPHACO, chaussée de Mons 602, 1070 Bruxelles. ■

## Le médicament expliqué aux enfants par l'industrie pharmaceutique

Recherche et Vie, qui regroupe une trentaine de firmes pharmaceutiques, propose un dossier pédagogique sur les médicaments. La cible: les enfants de 5ème et 6ème primaire.

Ce dossier est composé de deux documents:

- l'un destiné aux enseignants s'intitule "A la découverte du médicament" et comporte une information de base sur les médicaments: leur définition, leurs actions, leurs origines, leur évolution, leur production, leur commercialisation, etc.
- l'autre destiné aux élèves est titré "À la recherche d'un trésor" et se

présente comme un outil de travail individuel reprenant le vocabulaire, des schémas et des questions en rapport avec la matière proposée par l'enseignant.

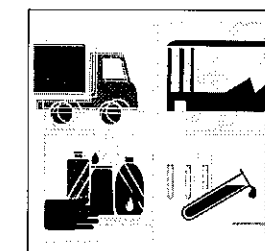
L'optique de l'initiative est de sensibiliser les enfants et indirectement leurs parents et les adultes qu'ils côtoient, à un usage adéquat des médicaments dans la perspective d'une meilleure gestion de la santé individuelle et collective.

Ponctué de slogans un peu énerchants dont la portée publicitaire ne laisse guère de doutes, ce document isole parfois de façon artificielle le médicament parmi d'autres facteurs pouvant expliquer une évolution de notre état de santé.

L'enseignant qui l'utilisera devra impérativement compléter son information en faisant appel à d'autres sources que l'industrie pharmaceutique...

Recherche et Vie c/o Infopublic, boulevard Lambert 436, 1030 Bruxelles. Tél. 02/242.37.98. ■

## Maladie professionnelle



L'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes propose un guide portant sur la maladie professionnelle. Il comprend une série de fiches pratiques et utiles pour les personnes concernées par les maladies professionnelles. Vous y trouverez des adresses, la description des démarches à effectuer, les droits et obligations ainsi que les différents types d'indemnités. Cette farde, véritable mode d'emploi, permettra aux personnes confrontées à ce problème de mieux comprendre les arcanes de ce domaine.

"Une maladie professionnelle" specimen disponible au service Infor Santé, 121, rue de la Loi, contre l'envoi de 3 timbres de 15 FB. ■

## Urticaire et cholestérol

Les deux dernières fiches éditées par Question Santé traitent de deux questions très différentes mais qui préoccupent chacune pas mal de gens.

"Est-ce que ça vous gratouille?"

Les ennuis qu'on connaît lors d'une crise d'urticaire sont semblables aux démangeaisons provoquées par des piqûres d'orties. Gros boutons blancs, rouges ou roses ressortant de la peau pour déranger pendant quelques minutes ou quelques heures. La crise dure quelques jours ou plus longtemps quand la maladie est chronique.

D'autres signes se joignent parfois à l'éruption cutanée pour corser la crise. Non contagieuse et relativement bénigne, l'urticaire conduit parfois à des troubles respiratoires connus sous le nom d'œdème de Quincke. Là, il faut agir d'urgence et prendre des précautions pour l'avenir.

Comment apparaît l'urticaire, qu'est-ce qui la déclenche et comment le savoir, comment la traiter et comment la prévenir? La fiche "Urticaire" vous dit tout!

### HDL et LDL

Le cholestérol est un élément nécessaire à notre organisme: il sert à construire les cellules, à fabriquer les hormones et participe à beaucoup de réactions chimiques de notre corps.

On distingue deux formes de cholestérol: l'un protège contre l'athérosclérose (le HDL cholestérol), l'autre se dépose dans les artères (le LDL cholestérol). L'excès de cholestérol (surtout du "mauvais") augmente les risques de maladies cardio-vasculaires. S'apercevoir tôt de la présence excessive de cholestérol dans le sang est donc toujours utile. En quelques mois, un régime alimentaire adéquat et quelques retouches aux habitudes de vie permettent généralement de réduire le cholestérol sanguin. Si cela ne suffit pas, le médecin envisage d'habitude avec le patient la prise de médicaments hypolipémiants. Une nouvelle fiche de Question Santé nous aide à faire le point: d'où

vient le cholestérol? Pourquoi l'excès de cholestérol peut-il être dangereux? Que faire si vous avez trop de cholestérol? En quoi consiste le régime? Que penser des aliments allégés? Faut-il traiter les enfants qui ont trop de cholestérol?

Les fiches *Urticaire* (n°96 - février 1992) et *Cholestérol* (n°97 - mars 1992) sont disponibles à *Question Santé*, rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles, tél. 02/512.41.74, contre l'envoi de deux timbres à 15 FB. ■

## Un "pin's" contre le tabac



Nous nous faisons trop rarement l'écho de petites campagnes d'éducation pour la santé menées dans les écoles, notre attention étant surtout attirée par les campagnes menées par les organismes officiels (qui nous font plus souvent parvenir l'information!).

Ne ratons donc pas l'occasion de saluer la sympathique initiative des élèves de 3ème Techniques Sociales de l'Institut Saint-Joseph, au Roelux. Ils organisent une campagne anti-tabac, qui dépassera largement le cadre de leur école. Ils ont, à cette occasion, créé un "pin's" (ou épinglette, pour utiliser le terme français adéquat!), mis en vente dans l'école et dans divers magasins de la région au prix de 150FB.

Les élèves ont décidé de consacrer les bénéfices de cette vente pour moitié à la recherche contre le cancer et pour moitié pour participer au traitement d'une petite fille leucémique. Belle idée!

Pour tout renseignement sur cette action, contacter Madame Hennaux, Institut Saint-Joseph, Grand-Place 12, 7070 Le Roelux, ou au 069/84.27.10 après 17 heures.

A propos d'épinglette, nous vous rappelons que celles du Club Première Génération sans Tabac sont toujours disponibles au prix de 99FB pièce. Il suffit pour les obtenir d'envoyer un chèque barré au nom de la FARES, à l'adresse suivante: rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles. Renseignements auprès de Caroline Rasson, au 02/512.29.36 ■

## Home Sweet Home?



Infor Santé vient de sortir un dépliant expliquant "comment éviter la chute chez les personnes âgées".

Essentiellement pratique, ce document présente des conseils d'aménagement du domicile pour en accroître la sécurité, en passant en revue les principales pièces de la maison: séjour, chambre, salle de bain, cuisine, sans oublier les parfois redoutables escaliers.

A signaler: il s'agit d'une collaboration entre les Mutualités Chrétiennes (avec l'aide de la fédération du Brabant Wallon) et le service agréé en matière d'accidents domestiques, Educa-Santé.

Vous pouvez obtenir un spécimen du dépliant et de l'affichette (30x42cm) sur simple demande à Infor Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles, tél.: 02/237.48.53. ■

## Le club des 15.000



Quatre mille membres après quelques mois d'existence, plus de 15.000 aujourd'hui, moins d'un an après sa création: on peut dire que le Club 1ère génération sans tabac,

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

### Mise à jour 1992

Nous publions ci-dessous une première mise à jour de l'Inventaire 1991 des groupes d'entraide dans la Communauté française de Belgique paru en mai 1991, comme supplément du n° 58 d'Education Santé.

Au fur et à mesure des informations qui nous parviendront, nous diffuserons, dans Education Santé d'autres modifications afin de coller au plus près à l'évolution du paysage des groupes d'entraide dans notre communauté.

Nous vous rappelons que vous pouvez, en permanence, communiquer les informations relatives aux groupes d'entraide en contactant le Département Promotion de la Santé de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes, rue Saint-Jean, 32-38, 1000 Bruxelles - Tél. 02/515.04.23 où le fichier complet peut aussi être consulté.

La cellule de Coordination intermutualiste UNMS - ANMC.

### A. Nouveaux groupes.

#### I. MALADIE

##### Psoriasis

GRUPE D'AIDE A LA RECHERCHE ET A L'INFORMATION SUR LE PSORIASIS (GIPso)

Quai Mativa 54 Bte 091  
4020 Liège  
041/42 37 92  
Contact: M. LEROUX

Objectif: accroître la compréhension et l'acceptation du psoriasis par le public grâce à une meilleure information, soutenir moralement et psychologiquement les malades et leur famille.

### B. Changements dans les groupes existants.

#### I. MALADIE

##### 3. Maladie d'Alzheimer

3.1. ASSOCIATION ALZHEIMER BELGIQUE  
Nouveau n° de téléphone : 02/375 71 18

##### 7. Cancer

7.1. ALLO MAMAN BOBO  
Nouvelle adresse :  
rue des Mineurs 73  
4420 Montegnée  
041/33 78 57

##### 8. Maladie coeliaque

8.1. SOCIETE DE LA MALADIE COELIAQUE (SBMC)  
Nouvelle adresse :  
rue Pierre David 64  
4800 Lambermont (Verviers)  
087/33 85 45

##### 9. Maladie de Crohn

9.1. ASSOCIATION DE LA MALADIE DE CROHN  
Nouvelle adresse :  
rue du Commerce 3  
4219 Meeffe (Wasseiges)  
081/85 62 42

##### 15. Insuffisance rénale

15.1. FEDERATION DES ASSOCIATIONS BELGES D'INSUFFISANTS RENAUX (FABIR)  
Nouvelle adresse :  
Vaartstraat 35  
3000 Leuven

#### II. SUITES D'OPERATION

##### 3. Colostomie

3.1. STOMA-CLUB  
Nouvelle adresse :  
rue Boduognat 15  
1040 Bruxelles

### 6. Greffe rénale

6.1. FEDERATION DES ASSOCIATIONS BELGES D'INSUFFISANTS RENAUX (FABIR)  
Nouvelle adresse :  
Vaartstraat 35  
3000 Leuven

### III. DEPENDANCES

#### 1. Dépendance générale

##### 1.1. CENTRE L'OREE

Nouvelle adresse :  
Avenue Brugmann 146  
1060 Bruxelles

##### 1.2. LES NARCOTIQUES ANONYMES (NA)

Nouvelle adresse :  
rue de l'Abricotier 3  
1000 Bruxelles  
02/479 56 67

#### 2. Alcool

##### 2.5. VIE LIBRE

Supprimer de l'inventaire.

### VI. TROUBLES DU COMPORTEMENT

#### 3. Problèmes nerveux et relationnels

##### 3.2. EMOTIFS ANONYMES (EA)

Nouvelle adresse :  
rue de l'Abricotier 3  
1000 Bruxelles  
02/771 67 33 - 427 94 93

##### 3.7. LE MYOSOTIS

Nouvelle adresse :  
rue du Page 72  
1050 Bruxelles  
02/734 54 21

### VI. SITUATIONS PARTICULIERES

#### 7. Personnes isolées

##### 7.4. CENTRE DE CONTACT POUR LA VIE A DEUX

Nouvelle adresse :  
Chemin de Coparty 2 Bte 7  
1400 Nivelles  
067/22 05 67

(mise à jour clôturée le 27 mars 1992).

## La prévention sida au Salon européen de l'étudiant

Des milliers de jeunes fréquentent chaque année le salon de l'étudiant. Belle occasion de mener une action de sensibilisation et d'information. Infor Sida s'est débrouillé pour y obtenir un espace gratuit et y a installé un stand avec la collaboration de l'Agence de Prévention du Sida. Au programme: une enquête sur "les jeunes et le préservatif"; diffusion d'une brochure d'information "l'amour au temps du sida"; une animation théâtrale; un programme informatique interactif sur le sida.

### Une enquête: "les jeunes et le préservatif"

Un stand dans un salon, c'est bien. Encore faut-il que le public s'y arrête. Lui glisser dans la main une brochure qui ira rejoindre au fond d'un sac en plastique une quinzaine de dépliants et autres gadgets ne suffit pas. Il faut établir un contact, rencontrer l'intérêt du visiteur.

C'était un premier but de l'enquête-concours sur le préservatif. Non le seul, bien sûr: l'objectif principal était évidemment de mieux connaître les opinions des jeunes sur cet important instrument de prévention. En effet, Infor Sida et l'Agence préparent une prochaine campagne sur le thème du préservatif. Quelles sont les qualités que les jeunes attendent d'un préservatif? Où préféreraient-ils l'acheter? Où faudrait-il installer des distributeurs automatiques? Pourquoi beaucoup de jeunes n'utilisent-ils pas de préservatifs? Les réponses des jeunes à ces questions aideront sans aucun doute à créer une campagne plus efficace.

La participation à l'enquête permettait de gagner des pin's, des BD, des T-shirts, des jeans "prévention sida". En fait, ces petits cadeaux n'étaient pas vraiment nécessaires: les jeunes étaient davantage motivés par le fait qu'on les consulte sur une question qui les préoccupe que par le concours. Ils sont apparus très

impliqués dans les questions que soulève le sida et sa prévention. Ils ont répondu en très grand nombre (près de 4.000 questionnaires remplis en 4 jours!) et de manière très consciencieuse.

Les résultats de cette enquête feront l'objet d'une publication. Nous en reparlerons...

### Une brochure: "l'amour au temps du sida"

A l'occasion de ce salon de l'étudiant est sortie une nouvelle brochure destinée au même public. Elle a été réalisée par l'Agence de Prévention du Sida avec la collaboration du magazine Univers-Cité.

L'histoire du sida, l'évolution de l'épidémie, le cours de la maladie, les rumeurs concernant les modes de transmission et les mises au point nécessaires, la rencontre amoureuse possible malgré les risques partagés, la protection au moyen du préservatif, le test de dépistage lorsqu'on a pris des risques, la séropositivité, les traitements de la maladie et enfin le témoignage touchant d'une séropositive de 22 ans. On le voit, cette petite brochure, très finement illustrée et très lisible, fait vraiment le tour de la question.

On peut l'obtenir auprès du magazine Univers-Cité (rue de la Caserne 86 à 1000 Bruxelles) ou à l'Agence de Prévention du Sida (avenue Schaller 54 à 1160 Bruxelles) en envoyant ses coordonnées accompagnées d'un timbre à 15 FB.

### Une animation: "les mille et une manières de proposer un préservatif"

Les comédiens du Magic Land Théâtre étaient aussi présents sur le stand, invitant les étudiants à participer à des petits jeux de rôles. On pouvait redouter certaines attitudes de rejet. Il n'en a rien été, les réactions furent très positives.



Ce qui n'était pas du jeu, par contre, c'était la distribution des échantillons de préservatifs: la demande est bien réelle et ne semble pas poser trop de problèmes. Pas de gaudriole ou d'ironie déplacée, pas de gêne ou de timidité apparente, contrairement à ce qu'on aurait pu imaginer.

### Des programmes audiovisuels

Le stand proposait également en permanence la diffusion de clips et de courts métrages de prévention du sida, ainsi qu'un programme informatique interactif sur le sida, extrait de l'exposition Biogénium, présente à l'Atomium depuis le premier décembre dernier.

### A refaire

Enfin l'importante dépense de temps, d'argent, et d'énergie qu'exige la participation à un tel salon s'avère efficace. Aller là où se trouvent les jeunes, c'est vite dit, mais il faut le faire, cela en vaut la peine. Non, les jeunes n'en ont pas marre qu'on leur parle du sida, pour peu qu'on le fasse de manière adaptée, qu'on tienne compte de certains codes de communication, que l'on crée un espace ouvert aux jeunes, convivial, sympa, décontracté.

Le stand reste disponible pour d'autres occasions, pas pour une kermesse de village, car le matériel à installer est important, mais pour les événements qui attirent beaucoup de monde. Pour des interventions plus ponctuelles, un outil plus souple est en préparation: il s'agit du "bus de la prévention" qui démarrera bientôt à l'initiative de l'Agence.

*Infor Sida, avenue Schaller 54 1160 Bruxelles (02/67 67 522)*

*Agence de Prévention du Sida, avenue Schaller 54 1160 Bruxelles (02/67 67 511).* ■

(Suite P. 29)

(Suite de la P. 20)

## Le bus de la prévention

Dans notre rubrique "Prévention sida" du mois d'avril, un bref paragraphe mentionnait le projet d'un bus de la prévention. Le projet prend forme. La date du premier départ n'est pas encore fixée, mais nous sommes à présent en mesure de vous en dire davantage.

### Une nouvelle vie pour un vieux cheval...

Il ne s'agit nullement d'un bus qui continuera à transporter des voyageurs à l'instar du "Tram de la santé" mis sur rails par Question Santé, mais d'un bus qui aura pour seule fonction d'être un outil d'animation à la disposition des collectivités locales et des associations qui voudraient apporter leur concours à la prévention du sida. Un stand itinérant et interactif, en quelque sorte.

Régulièrement, après avoir roulé leurs quelques centaines de milliers de kilomètres, les bus de la STIB sont déclassés. Comme les chevaux de la gendarmerie, qu'on n'envoie plus à l'abattoir, mais que l'on confie à des particuliers pour couler des vieux jours tranquilles, les bus ne sont pas envoyés à la ferraille, mais sont revendus à bas prix pour accueillir des gens qui bougent.

Avec la complicité de la STIB et de la Région bruxelloise, l'Agence de Prévention du Sida a donc obtenu un de ces bus retraités.

### Première étape: aménagement et décoration

Seuls quelques sièges seront maintenus: le bus ne servira plus au transport de personnes, mais il transportera une exposition sur le sida, une vidéo et de nombreux programmes destinés aux divers publics, des brochures d'informations, des échantillons de préservatifs, etc. Un architecte d'intérieur et les techniciens de la STIB préparent actuellement les aménagements nécessaires.

Pour la décoration extérieure, un concours a été lancé dans quelques écoles d'art graphique. Dans quelques semaines, tout sera prêt...

Reste à trouver quelques chauffeurs bénévoles pour emmener le bus. Si vous connaissez un chauffeur pensionné mais encore vaillant, faites-le nous savoir (permis camion nécessaire).

### Réservez vos places

Ne téléphonez pas à l'Agence pour réserver le bus pour la semaine prochaine. Pas question de vous parachuter un machin prêt à être consommé! Le bus viendra chez vous si vous lui préparez le terrain. Cela demande une préparation matérielle, bien sûr: réserver un emplacement de stationnement, prévoir un branchement électrique, un local pour l'exposition...

Une préparation en termes de communication également: prévoir une conférence de presse, des affiches, des invitations, etc.

Mais surtout la préparation d'activités d'information et de prévention adaptée à la population visée. Le bus sera accompagné d'un certain nombre de modules d'animation et de prévention. Mais des modules qui seraient parachutés par l'Agence dans toute la Communauté française risqueraient de n'avoir qu'une faible efficacité. Le bus et ses modules ne sont que des supports mis à la disposition des personnes et des associations actives sur le terrain et doivent s'intégrer dans un processus de prévention dont ils ne constituent qu'une étape. L'Agence proposera les outils (théâtre, vidéo, jeux de rôle, exposés didactiques, programmes informatiques...), mais ces outils devront être pris en charge et exploités activement par les acteurs locaux de la prévention.

Vous voulez en savoir plus? Vous aimeriez préparer une venue du bus chez vous dans quelques mois. Prenez contact dès aujourd'hui. Vous savez, ces vieux bus, ça démarre lentement, il faut faire chauffer le moteur... Et si vous avez une idée géniale pour le baptiser, on ne demande pas mieux!

*Contact: Laurence Hermand, Agence de prévention du sida, avenue Schaller 54, 1160 Bruxelles (02/67 67 520)* ■

## Les partenaires dans la Communauté française

**Aide Info Sida**  
rue Duquesnoy 45  
1000 Bruxelles - 02/511 45 29

**CCAD**  
avenue Schaller 54  
1160 Bruxelles - 02/676.75.55

**CEDIF**  
rue de la Tulipe 34  
1050 Bruxelles - 02/502 68 00

**Infor Sida**  
avenue Schaller 54  
1160 Bruxelles - 02/67 67 523

**Prévention Sida Prostitution**  
rue Duquesnoy 45  
1000 Bruxelles - 02/502 54 14  
rue Souverain-Pont 50  
4000 Liège - 041/21 05 09

**SAF / Service social des étrangers**  
rue de la Croix 22  
1050 Bruxelles - 02/649 99 58

**Centre de référence UCL**  
avenue Hippocrate 10  
1200 Bruxelles - 02/764 36 69

**Centre de référence ULB**  
rue Haute 322  
1000 Bruxelles - 02/538 91 91

**Centre de référence ULg**  
Boulevard de la Constitution 95  
4020 Liège - 041/43 41 75

**Coordination Prévention Sida / Hainaut**  
boulevard Joseph II, 13  
6000 Charleroi - 071/23 31 11

**Coordination Prévention Sida / Liège**  
rue Hors Château 7  
4000 Liège - 041/ 23 29 13 (42)

**Coordination Prévention Sida / Namur-Luxembourg-Brabant wallon**  
rue Château des Balances 3bis  
5000 Namur - 081/22 24 22

Cette rubrique est réalisée en collaboration avec l'Agence Prévention Sida de la Communauté française (Jacques Henkinbrant) ■

teindre l'objectif de santé?  
Vous devez vous mettre à la place de ce public.  
Ce sont ces comportements que le programme d'éducation pour la santé cherchera à atteindre.  
Les objectifs sont la base de l'action éducative. Ils permettent de déterminer les méthodes d'intervention et les moyens d'évaluation.

**(18) Quels sont les objectifs intermédiaires de votre programme?**

Quels sont les savoirs, savoir-faire, savoir-être nécessaires au public pour produire les objectifs éducatifs ?

**2. LES ACTIVITÉS**

**(19) Quelles sont les activités à entreprendre pour atteindre les objectifs fixés?**

Indiquez les principaux moyens que vous allez utiliser pour atteindre vos objectifs éducatifs.  
Qu'allez-vous faire (stratégies de communication, méthodes d'animation,...)?

**3. LES MOYENS**

**(24) Quelles sont les ressources financières nécessaires et disponibles?**

Présentez votre budget avec précision en notant recettes et dépenses.

Les recettes:

- apport du promoteur en espèces, en nature (estimez la valeur financière: personnel, matériel, locaux, etc.);
- financement par la Communauté française de Belgique que vous souhaitez;
- autres soutiens financiers déjà acquis (privé / public);
- autres demandes de financement (privé / public).

Les dépenses :

- personnel (nombre, qualification, temps requis, barèmes prévus);
- matériel;

- frais généraux;
- etc.

Indiquez dans le budget la part réservée à la gestion, à l'évaluation.  
Si vous sous-traitez certaines tâches, indiquez-le.

Attention, tenez compte des règles administratives: respect de l'annualité budgétaire (cf. Combien? p3), en principe pas de frais d'équipement, obligation de produire des pièces justificatives, pas de remboursement des intérêts d'emprunt, barèmes de l'Etat,...

Consultez le Service des oeuvres Médico-sociales à l'Administration de la Santé.

**4. LE PROGRAMME**

**(26) Quel est votre calendrier (début de l'action, durée, remise du rapport, des justificatifs comptables,...)?**

Indiquez les grandes lignes de votre calendrier pour les principales activités déjà citées (voir question 19). Attention: tenez compte du délai de réponse à votre demande de subvention (au moins trois mois) et du respect de l'annualité budgétaire ainsi que de la date de clôture de l'année budgétaire (généralement, octobre - novembre de l'année suivante).  
Indiquez dans le calendrier, la place réservée à la gestion et à l'évaluation.  
Consultez à ce propos le Service des Oeuvres Médico-Sociales à l'Administration de la Santé.

**5. L'ÉVALUATION**

**(30) Pourquoi on évalue?**

**(35) Que voulez-vous évaluer?**

Quelles sont les informations que vous souhaitez recueillir?  
Les effets (les objectifs) au terme du programme sur la santé, sur les risques, sur les comportements, sur les connaissances,...

Les effets à certains moments du programme et sur certains aspects particuliers,...

Le processus (les activités), le succès de certaines activités, leur déroulement, etc.

**(38) Comment allez-vous évaluer ?**

Quels sont les outils et les méthodes de recueil de l'information?

Comment la qualité des outils (questionnaire,...) sera-t-elle vérifiée?

Comment la qualité des résultats (erreurs de mesure,...) sera-t-elle vérifiée?

Quel est le schéma d'évaluation c'est-à-dire à quoi seront comparées les données recueillies (données avant, après; groupe contrôle,...)?

Quelles sont les ressources utilisées pour l'évaluation (humaines, matérielles, financières)?

Quel est le calendrier de l'évaluation?

**6. LA DIFFUSION**

**(43) Sous quelle forme allez-vous communiquer le programme?**

Au terme du programme vous devez présenter un bilan d'activités et rendre public les résultats de l'action. Toute action, évaluée, peut aider la collectivité à progresser.

Consultez l'Administration et les services agréés "revue", "média", "médiathèque",

Ce bilan pourra comporter de nombreux éléments. Par exemple:

- l'expérience a-t-elle atteint les résultats escomptés? Comment?
- l'expérience a-t-elle des chances d'être reproduite ou étendue? Dans quelles conditions?

Ce bilan peut prendre différentes formes (rapport, vidéo, article dans la revue Education Santé,...). Il devra, au même titre que la demande de subvention, être clair et concis.

# GUIDE POUR LES DEMANDES DE SUBVENTION

- Michel Demarteau, A.P.E.S.
- Cellule Permanente  
Education pour la Santé
- Revue Education Santé

Ce document comprend trois parties. Dans la première, nous vous rappelons la marche à suivre pour obtenir le financement d'un programme d'action par la Communauté française de Belgique. La deuxième partie rappelle en quoi consiste un programme d'action ou un programme de recherche, et présente le chapitre de l'arrêté du 8 novembre 1988 relatif au subventionnement des programmes. Dans la troisième partie enfin, vous trouverez une version abrégée et adaptée de la méthode pour construire des programmes d'éducation pour la santé : l'A.P.P.R.E.T.

### Les auteurs

### 3. L'ANALYSE DE LA SITUATION

#### (6) Quels sont les facteurs en relation avec le problème de santé défini?

Quelles sont les causes ou les facteurs corrélés au problème selon la littérature (références), selon votre expérience: facteurs biologiques, facteurs géographiques, facteurs socio-économiques, facteurs comportementaux, etc. (voir services agréés "documentation", "thématiques", "données", ...).

#### (7) Quels sont les éléments épidémiologiques disponibles sur le problème de santé ?

Quelles sont les données chiffrées dont vous disposez?  
Quelle est l'évolution possible du problème dans le temps?  
Quelle est l'étendue du problème dans la population?  
Consultez les services agréés "données", "thématiques", "documentation", ...

#### (8) Quels sont les éléments de description de la communauté?

Décrivez votre public et son environnement, si possible avec des chiffres ou en citant vos références: taille de la population à couvrir, niveau socio-économique et culturel, habitat, scolarisation, structure sociale, etc.  
Consultez les services agréés "données", "documentation", "thématiques", "publics", "coordination", ...

#### (9) Quelles sont les caractéristiques psycho-sociales du public-cible ?

Quels sont les comportements en relation avec le problème de santé et sur lesquels vous vous proposez d'agir par une action d'éducation pour la santé?  
Quelles sont les caractéristiques psycho-sociales qui sous-tendent les comportements visés: motivations, connaissances, estime de soi, etc.?

Consultez les services agréés "données", "documentation", "thématiques", ...

#### (11) Quels sont les programmes d'éducation pour la santé disponibles?

Tout programme d'éducation pour la santé **doit** s'accompagner d'une recherche documentaire sur les actions déjà menées.  
Quelles sont les références de votre programme? Savez-vous ce qui s'est fait ou non sur le même sujet?  
Consultez les services agréés "documentation", "revue", ...

#### (12) Quelles sont les ressources disponibles?

Tout programme d'éducation pour la santé **doit** s'intégrer dans les structures et actions existantes.  
Consultez les services agréés "coordination".

Quels sont les appuis dont vous disposez et sous quelle forme (compétences, soutien financier, collaborations établies, ...)? Soyez précis sur ces appuis!

### 4. L'ARGUMENTATION

#### (13) Pourquoi votre projet est-il important, prioritaire?

#### (14) Pour qui votre projet est-il important?

Donnez les principaux arguments qui montrent l'importance de votre projet:  
Les priorités de santé.  
Les priorités d'éducation pour la santé.  
Les priorités des pouvoirs publics.  
Les priorités du public, des professionnels.  
Les qualités du programme (coût, efficacité,...).  
Les qualités du promoteur (capacité technique, expérience,...).

Comment votre projet d'éducation pour la santé se situe-t-il par rapport à d'autres solutions de prévention: médicales, socio-économiques, ..., qui rendent votre projet indispensable ou qui le renforcent?  
Quels seront les prolongements prévisibles ou prévus de votre projet?

### Le programme d'action

Cette deuxième partie répond aux questions suivantes:  
Qu'allez-vous faire?  
1. Les objectifs  
2. Les activités Comment?  
3. Les moyens  
4. Le programme  
5. L'évaluation  
6. La diffusion

### 1. LES OBJECTIFS

#### (16) Quels sont les objectifs de santé de votre projet?

Vous devez formuler vos objectifs de façon précise: quelle amélioration de la santé, pour qui, à quel endroit, dans quelles circonstances, après combien de temps?  
*Attention ne confondons pas les objectifs vis-à-vis des publics visés et les activités mises en place pour les atteindre. Les objectifs de santé, les objectifs éducatifs et les objectifs intermédiaires sont les changements que vous souhaitez provoquer.*

#### (17) Quels sont les objectifs éducatifs du programme?

Au terme du programme, le public sera capable de faire quoi, où, quand, comment, avec quel succès, pour at-

(1) DEMARTEAU, M., L'A.P.P.R.E.T., Une méthode pour construire des programmes d'éducation pour la santé, Liège, A.P.E.S., Collection "Méthodes" N°6, 1991.

## Proposition d'un guide de présentation d'une demande de subvention pour un programme d'action en éducation pour la santé

### Avertissement

Une demande de subvention doit être claire, concise, convaincante. Elle est le résultat d'une réflexion. L'A.P.P.R.E.T. (1) qui sert de référence à ce guide est une aide à la conception. Nous y insistons sur le processus, sur les allers et retours continuels à effectuer.

Comme l'A.P.P.R.E.T. est prévue pour soutenir le processus de réflexion, la démarche est assez complexe. C'est pourquoi nous avons modifié la structure générale de l'A.P.P.R.E.T. pour mieux l'adapter au besoin d'une

demande de subvention. Cependant, nous avons conservé la même numérotation des questions pour faciliter la consultation du document original. Il est rare de concevoir un projet totalement original et encore plus difficile de le réaliser seul. Consultez les personnes et les organismes qui travaillent dans le domaine de l'éducation pour la santé avant de rédiger votre demande. Le numéro 58 de la revue "Education Santé" vous les présente. Il est inutile de répondre aux questions suivantes en plus d'une page. Vous pouvez toujours joindre des annexes. Il n'est pas non plus obligatoire de répondre à toutes les questions si elles ne sont pas pertinentes dans le cadre de votre action!

Ce nouveau guide de présentation d'une demande de subvention est le fruit d'une collaboration entre l'A.P.E.S. et un groupe de travail de la Cellule Permanente en Education pour la Santé. Il n'a pas fait l'objet d'une

expérimentation préalable et aucune évaluation des résultats n'a pu être envisagée faute de moyens financiers. Nous pensons toutefois qu'il peut être de nature à vous aider dans votre démarche de structuration de projet.

### Le cadre de l'action

Cette partie vise à répondre à trois questions globales:

Qui êtes-vous ? 1. Le promoteur  
2. Le projet  
Que voulez-vous faire ? 3. L'analyse de la situation  
Pourquoi? 4. L'argumentation

#### 1. LE PROMOTEUR

##### (1) Qui est à l'origine du projet?

Voir encadré sur cette page.

#### 2. LE PROJET

##### (5) Quel est le besoin de santé identifié pour quel public?

Donnez le titre et les grandes lignes de votre projet en précisant le but général.

Quel besoin de santé est visé: comportements, facteurs de risque, etc.? Quel public est concerné par ce besoin: âge, caractéristiques particulières (lieux, moments où on le rencontre, etc.)?

*Attention ne confondez pas le public dont la santé va s'améliorer après votre programme, avec le public que vous voulez toucher par votre programme (il peut être différent).*

##### (2) Comment l'idée du projet est-elle née?

Précisez brièvement l'histoire et la nature de votre projet d'éducation pour la santé sans fournir de données (voir analyse de la situation).

Partez-vous d'un intérêt personnel, professionnel, d'une intuition, d'une demande, de données factuelles?

## Comment introduire une demande de subvention?

### Qui peut obtenir une subvention?

Il faut être une personne morale, c'est-à-dire une association ayant la personnalité juridique (association sans but lucratif, par exemple); donc ni une personne physique, ni une association de fait. Plusieurs organismes (mais un seul interlocuteur) peuvent introduire une demande commune.

### A qui doit s'adresser l'action?

En principe, l'action devrait couvrir l'ensemble de la Communauté française de Belgique. Cependant un programme plus limité peut être admis:

- s'il s'agit d'un programme pilote qui est susceptible d'être reproduit sur l'ensemble de la Communauté;
- s'il s'agit d'un programme qui apporte une réponse à un problème de santé spécifique sur le plan local.

### Conditions de base

- Le programme doit répondre à un besoin majeur et s'inscrire dans les priorités définies par le Ministre. Elles ont un caractère assez général.
- Ne pas faire double emploi avec un programme existant. Comment le savoir? Lisez Education Santé, consultez le service agréé spécialisé dans le domaine concerné ou adressez-vous à l'administration.
- Travailler en coordination avec la Commission Locale de Coordination de votre région et les services aux éducateurs agréés (vous pouvez obtenir leur liste au Centre de Coordination Communautaire, 02/512.42.23). Sélectionnez celui ou ceux qui sont les plus susceptibles de vous aider dans le domaine que

vous avez choisi. Ils vous aideront à trouver la documentation existante, à mettre au point votre méthode...

- Prévoir une évaluation et rendre publics les résultats de l'action. Il faut que votre expérience, avec ses points forts aussi bien que ses défauts, puisse profiter à d'autres. Education Santé peut vous y aider.
- Présenter un budget prévisionnel et un plan d'activité. Nous abordons ce point dans le détail ci-dessous.

### Combien?

Il n'y a pas de montants forfaitaires prévus a priori. Sur base de votre programme et de votre budget prévisionnel, le Ministre peut vous attribuer 10.000, 100.000, voire plusieurs millions de francs. Inutile de "gonfler" votre budget. S'il n'est pas réaliste, votre projet risque d'être refusé globalement. Si une partie est autofinancée ou soutenue par d'autres organismes, ne le dissimulez pas, au contraire: cela augmente votre crédibilité.

Sachez qu'en principe, la Communauté n'interviendra pas pour des frais d'équipement. Toute autre dépense peut entrer en ligne de compte (salaires, déplacements, frais administratifs...) à condition d'être justifiée au moyen de documents probants (factures). La subvention ne peut dépasser en aucun cas le montant des pièces de dépense justificatives. Vu les inévitables délais administratifs, il faut donc disposer d'un fonds de roulement ou avoir la possibilité d'emprunter (mais les intérêts ne seront pas remboursés). Même après la notification officielle de l'arrêté de subvention, il s'écoule encore un certain temps avant que les premières sommes vous soient versées.

N'oubliez pas que cette subvention a un caractère temporaire. Vous devez

donc bien faire la différence entre le fonctionnement habituel de l'association et le projet subventionné. Il est recommandé de bien lire l'arrêté et la notification et notamment la date de remise des pièces justificatives sous peine de voir le subside tomber en annulation.

### Votre dossier

Votre dossier de demande de subvention doit essayer de répondre d'avance à toutes les questions que pourraient se poser le Ministre et ses conseillers à propos de votre projet.

Vous devrez donc argumenter sur la rentabilité sociale de votre projet, sur votre capacité à le réaliser, sur ses extensions possibles, sur sa reproductibilité.

La Cellule permanente éducation pour la santé qui remet un avis au Ministre sur chaque projet utilise une grille d'analyse. Il s'agit d'une liste de questions qui peut vous servir d'aide-mémoire pour la rédaction de votre dossier. Elle fait l'objet de la seconde partie de ce document.

### Quand faut-il introduire sa demande?

En principe, n'importe quand. L'arrêté de l'Exécutif laisse à l'administration et à la Cellule permanente un délai de deux mois pour proposer une décision au Ministre. Cela signifie qu'il se passera sans doute trois mois entre votre demande et la réponse du Ministre, sans compter les délais supplémentaires inévitables pendant les vacances. Sachez aussi que les demandes introduites après octobre seront sans doute reportées à l'exercice suivant.

Vous avez donc plutôt intérêt à introduire votre demande dès les premiers mois de l'année si votre programme doit commencer en septembre.

NOM DE L'ORGANISME DEMANDEUR : .....
.....STATUT : .....
ADRESSE : .....
TELEPHONE : .....FAX : .....
COMPTE BANCAIRE : .....
PERSONNE RESPONSABLE DE L'EXECUTION DU PROGRAMME :
Nom : .....
Fonction : .....
(Curriculum en annexe ou critères de sélection à l'engagement)
AUTRES PROMOTEURS DE L'ACTION :
.....
.....
.....
(organisme, adresse, responsable)

## A qui faut-il s'adresser?

La demande doit être adressée au Ministre de la Communauté française ayant la santé dans ses attributions et au Directeur général de l'Administration de la Santé.

## En cas de refus...

Tout n'est pas perdu. En principe, un avis sera joint à la réponse du Ministre. Il peut vous donner des orientations qui vous permettront, dans certains cas, de revoir votre projet avec l'aide éventuelle d'un des services agréés.

## Des questions à se poser pour obtenir une subvention

Toute demande de subvention est soumise à l'avis de la "Cellule Permanente Education pour la Santé". Celle-ci doit remettre un avis au Ministre conjointement avec celui de l'Administration. Les disponibilités budgétaires ne permettent pas toujours de satisfaire toutes les demandes. Il faut donc choisir les programmes susceptibles de répondre le mieux aux besoins les plus urgents. Pour évaluer les projets sur les mêmes critères, la Cellule soumet chaque projet à une analyse détaillée.

L'outil d'analyse consiste en une série de questions qui constituent une "grille" en ce sens qu'elles permettent d'envisager les différentes facettes de chaque projet.

Chacun souhaite évidemment, à juste titre, savoir sur quels critères son programme sera jugé.

D'autre part, pour les membres de la Cellule, chercher dans chaque dossier les réponses aux questions constituerait un travail très fastidieux.

Il est finalement plus simple pour tout le monde que le promoteur de cha-

que programme essaie de répondre **lui-même** à ces questions. Cela l'aidera dans la rédaction de sa demande tout en allégeant le travail de la Cellule.

L'utilisation de cette grille n'est nullement obligatoire et certaines questions ne s'appliquent pas nécessairement à tous les cas. Il est cependant conseillé d'y recourir afin d'éviter d'oublier un élément important.

Même si cela va de soi, ajoutons qu'il faut également décrire de façon détaillée le déroulement du programme prévu et donner un budget aussi précis que possible, avec dépenses et recettes, la différence entre les deux constituant le montant de la subvention sollicitée auprès de la Communauté française.

## Réglementation en éducation pour la santé (extraits)

Les programmes d'action ou de recherche s'appuient sur l'infrastructure permanente afin de mener à bien un objectif limité dans le temps, l'espace ou la thématique. Les programmes peuvent être mis sur pied par un service d'éducation pour la santé agréé ou par tout autre organisme, pouvoir public, etc... L'aspect, par définition, non-permanent d'un programme implique un financement par subvention.

## Chapitre V: Subventionnement des programmes d'éducation pour la santé

### Section 1 : les programmes d'action en éducation pour la santé

#### Article 20

Pour être susceptible d'être subventionné, tout programme d'action d'é-

ducation pour la santé doit satisfaire aux conditions suivantes:

- être organisé par une personne morale;
- être mis sur pied au profit de l'ensemble ou d'une partie de la population de la Communauté française;
- répondre à un besoin majeur et s'inscrire dans les priorités définies par le Ministre et précisées par la Cellule;
- présenter un budget prévisionnel et un plan d'activité précisant les objectifs généraux, les objectifs opérationnels et la planification du programme;
- ne pas faire double emploi avec un programme existant;
- travailler en coordination avec les services aux éducateurs agréés;
- prévoir une évaluation du programme;
- au terme du programme, présenter en cinq exemplaires un bilan d'activité et rendre publics les résultats de l'action sous forme d'un résumé succinct pour l'information immédiate des organismes concernés.

#### Article 21

Dans la limite des crédits disponibles, le Ministre peut octroyer des subventions aux organismes afin de mettre en oeuvre les programmes d'action en éducation pour la santé

### Section 2 : les programmes de recherche en éducation pour la santé

#### Article 22

Les programmes de recherche en éducation pour la santé doivent répondre aux politiques d'éducation pour la santé définies et donc soutenir les programmes prioritaires correspondant à ces politiques.

Complémentaire aux program-

mes pilotes ainsi qu'aux évaluations prévues dans les programmes d'action, les types de programmes de recherche suivants peuvent être mis sur pied :

- les recherches comparatives de stratégies ou méthodes;
- les recherches de développement de politiques ou de curriculum de formation.
- les enquêtes relatives aux besoins ou aux connaissances de populations.

#### Article 23

Pour être susceptible d'être subventionné, tout programme de recherche en éducation pour la santé doit satisfaire aux conditions suivantes:

- être organisé par une personne morale;
- concerner l'ensemble ou une partie de la population de la Communauté française;
- répondre à un besoin majeur et s'inscrire dans les priorités définies par le Ministre et précisées par la Cellule;
- présenter un budget prévisionnel et un protocole de recherche justifiant l'objet, les objectifs et les méthodes de la recherche sur base de références d'études scientifiques. Joindre la planification de la recherche à un résumé succinct de ce protocole;
- au terme du programme, présenter un rapport de recherche en cinq exemplaires et rendre publics les résultats de la recherche sous forme d'un résumé succinct pour l'information immédiate des organismes concernés.

#### Article 24

Dans la limite des crédits disponibles et sans pour autant dépasser 10% du budget global de l'éducation pour la santé, le Ministre peut octroyer des subventions aux organismes afin de

mettre en oeuvre les programmes de recherche en éducation pour la santé.

### Section 3: procédure de subventionnement des programmes d'action ou de recherche

#### Article 25

Toute demande de subvention d'un programme doit être adressée au Ministre et à la Direction Générale de la Santé de la Communauté française. Pour être recevable, la demande de subvention doit être accompagnée de tout document établissant la réalisation des conditions correspondant au type de programme pour lequel une subvention est demandée.

L'Administration compétente instruit la demande et, dans les 15 jours, communique le dossier ainsi que sa proposition, pour avis, à la Cellule. L'absence d'avis de la Cellule dans un délai de un mois à dater de la réception du dossier est considérée comme l'approbation de la proposition de l'Administration.

Dans les deux mois de la réception de la demande d'avis, l'Administration compétente transmet sa proposition au Ministre, pour décision, ainsi que l'avis éventuellement émis par la Cellule.

## Adresses utiles

### Le Ministre

Magda De Galan, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé de la Communauté française de Belgique, rue Belliard 7, 1040 Bruxelles.

### L'Administration

Ministère de la Culture et des Affaires Sociales, Direction Générale de la Santé, Service des Oeuvres Médico-sociales, Bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles. Fax: 02/413.26.13. Contact: Marie-Cécile Fréteur (413.26.42).

### Le Centre de Coordination Communautaire

Centre de Coordination Communautaire, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/512.42.23. Fax: 02/512.32.73.

*Une petite brochure de 16 pages reprenant toutes les adresses utiles est disponible au Centre de Coordination Communautaire et dans la plupart des Commissions Locales de Coordination.*