

Nombre de participants: maximum 20 personnes.

Renseignement: Mariza Alba, PROMES, Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique, Route de Lennik 808 - CP 596, 1070 Bruxelles.

Education pour la Santé

Makuhari (Japon)

20 au 25 août 1995

XVe Conférence Mondiale de l'Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé.

Nous y reviendrons dans notre prochain numéro.

Divers

Le Centre d'information et de consultations sexologiques, matrimoniales et familiales de Charleroi quitte le Bd P. Janson et s'installe au n°14, boulevard Joseph II, 6000 Charleroi.

Services agréés

Natacha de Granges a rejoint l'équipe du Centre de Coordination Communautaire.

Nouveaux numéros de téléphone et de télécopie à l'APES: 041/66.28.97 pour le téléphone, et 041/66.28.89 pour le fax.

Nouveau téléphone de la CLC de Liège: 041/66.27.97.

Nouvelle adresse de la Médiathèque de la Communauté française de Belgique: Place de l'Amitié 6, 1160 Bruxelles. Tél.: 02/737.18.11.

Emploi - demande

Licencié en sciences sociales est intéressé par un travail dans le domaine de l'éducation pour la santé. Michel Rosenfeldt, rue Général Tombeur 81, 1040 Bruxelles. Tél.: 02/732.44.31.

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

Rédacteur en chef: Christian De Bock.

Conseiller de la rédaction: Jacques Henkinbrant.

Secrétaire de rédaction: Bernadette Taeymans.

Secrétaire de rédaction adjoint: Anne Fenaux.

Rédaction: Christine Doucet, Fabienne Evens.

Rédaction, documentation, abonnements: Maryse Van Audenhaege.

Comité de rédaction: Pierre Anselme, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Michel Demarteau.

Anne-Françoise Dusart, Anne Fenaux, Jacques Henkinbrant, Geneviève Houioux, Roger Lonfils, Vincent Magos, Thierry Poucet, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Eric Vandersteenen.

Editeur responsable: Edouard Descampe.

Maquette: Philippe Maréchal.

Mise en page, photogravure et impression: Economat ANMC.

Tirage: 2.800 exemplaires.

Diffusion: 2.500 exemplaires.

Diffusion à l'étranger assurée grâce à l'appui du Commissariat Général aux Relations Internationales de la Communauté française de Belgique. ISSN: 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

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

Education

SANTÉ

Stratégie

L'éducation pour la santé, l'affaire de qui ?
par Roger Lonfils
p. 2

Réflexions

"Evaluation, quand tu nous tiens!"
par Alain Cherbonnier
p. 4

Les Centres PMS et la santé des jeunes
par Colette Broeders, Marie-Rose Legras, Jean-Luc Alexandre
p. 8

Initiatives

Campagne vaccination grippe 94

Une journée des écoles en santé
par Christian De Bock
p. 28

Fruits et légumes à l'école
par Fabienne Evens
p. 30

Mieux choisir ses médicaments
p. 32

Entraide

Nouveauté
Les fiches self help
p. 37



9^{ème} Conférence Mondiale
sur le Tabac p.12

Notre supplément : La santé... à bonne école

Grille pour répertorier les activités en éducation santé dans ma région ou mon secteur d'activité.

A renvoyer à Education Santé, rubrique "Brèves", rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles

Région:

Lieu:

Date(s):

Description de l'activité:

- thème de l'activité:

- description de l'activité, déroulement:

.....

.....

.....

.....

.....

Public visé:

Modalités de participation (frais, bulletin d'inscription,...):

.....

Nom de l'organisateur:

.....

Adresse et téléphone de contact pour renseignements complémentaires:

.....

.....

Merci pour votre collaboration !

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.



L'éducation pour la santé, l'affaire de qui?

Introduction

La loi a donné la possibilité à la Communauté française d'abandonner certaines de ses compétences et de les transmettre aux Régions wallonne et bruxelloise (COCOF). Cette possibilité fut exploitée dès le 1er janvier 94 pour différents secteurs comme le tourisme, la formation professionnelle, la politique des handicapés et une partie de la politique de santé.

Cette nouvelle donne institutionnelle a une nouvelle fois embrouillé les cartes avant qu'elles n'aient été triées après la précédente partie.

Qui est compétent en matière de santé? Qu'en est-il exactement des compétences de la Communauté française? Prévention primaire, prévention secondaire, recentrage,... autant de mots dont la signification institutionnelle précise fait défaut actuellement.

Le but de ce texte n'est évidemment pas de donner une analyse juridique, ni d'examiner tous les aspects relatifs à la santé; c'est plutôt de dresser un tableau, donner un instantané du moment.

Préalable : les compétences fédérales, régionales, communautaires

La région est compétente pour les matières en rapport avec les citoyens qui habitent une même région tandis que la communauté est compétente pour celles en rapport avec les citoyens qui parlent une même langue; cette notion fondamentale pour comprendre nos institutions montre également l'originalité de la fédéralisation dans sa prise en compte de la langue comme un des liens les plus importants entre les personnes.

Ce partage à partir de deux notions, territoire et langue, a déterminé les compétences que nous connaissons aujourd'hui :

- les régions ont été chargées notamment de la gestion de l'environnement (eau, énergie, pollution, traitement des immondices, rivières, forêts...) et de l'habitat;

- les compétences communautaires sont la culture (y compris la radio-télévision, le théâtre, le sport), l'enseignement et la formation, l'aide sociale, la politique de santé, la politique familiale, c'est-à-dire des matières dites "personnalisables";

- sont restées fédérales des compétences liées à l'ensemble de la population indépendamment de la langue et du lieu où les citoyens habitent: justice, défense nationale, sécurité sociale, santé publique, certains aspects de compétences régionalisées (par ex. dans le domaine de l'énergie) ou communautariées.

Telle était la situation au 31/12/93.

Trois santé?

Il y a donc bien en Belgique trois niveaux de santé.

La **santé «fédérale»** fait partie du secteur de la sécurité sociale (chômage, pensions, invalidité, allocations familiales) et en particulier des soins de santé (soins, médicaments, appareillage médical lourd, programmation hospitalière); elle comprend également la santé publique dans ses aspects nationaux (par exemple les denrées alimentaires, l'inspection de la pharmacie et l'art de guérir). Enfin, est également fédérale la médecine du travail. Ceci n'est pas limitatif puisque certains aspects particuliers sont aussi de compétence fédérale, comme la prévention des accidents de la route.

La **santé «régionale»** est en rapport avec l'environnement - pollution, bruit, traitement des immondices,... - et avec le logement; elle concerne également les matières transférées au 1er janvier 94 : application des normes hospitalières, soins de santé primaires et extra-hospitaliers, handicapés; d'une façon générale et simplificatrice, la responsabilité politique en matière d'institutions est dorénavant régionale. Il s'agit notamment des centres de santé mentale, des IMP, des centres de planning familial, des maisons médicales, des maisons de repos et des hôpitaux.

La **santé «communautaire»** sera axée principalement vers la prévention en excluant d'office la réadaptation et la révalidation. La compétence en matière d'éducation pour la santé est évidente; il en est de même pour l'épidémiologie; la prise en charge du dépistage par la Communauté française mériterait quant à elle certaines discussions, ce terme ne semblant pas recouvrir des notions identiques pour chacun.

D'autres aspects santé également de compétence communautaire seront évoqués ci-après.

Enfin, les Universités restent de compétence communautaire et dès lors certaines activités en rapport avec celles-ci.

Que reste-t-il à la Communauté?

Il est difficile d'établir un lien entre les différentes missions octroyées à la Communauté française. Certaines visent des publics, d'autres des problèmes de santé, certaines sont nettement orientées vers la prévention primaire, d'autres vers la prévention secondaire. Pour éviter une trop longue énumération, ces compétences seront groupées en trois points dont la pertinence est d'ailleurs en partie contestable.

Le premier groupe envisagé vise l'organisation de services de «surveillance» ou de dépistage

Ainsi la politique de l'enfance gérée par l'O.N.E. (Office de la Naissance et de l'Enfance) consomme la plus grande partie du budget santé de la Communauté française. Ce coût comprend le subventionnement des différents services (crèches par exemple) mais également des activités de type préventif et notamment les consultations de nourrissons et de jeunes enfants, les consultations prénatales et les actions contre la maltraitance. Le service éducation pour la santé de l'ONE agréé pour la petite enfance doit être considéré comme faisant partie du troisième groupe et non de celui-ci.

La **médecine scolaire** est, selon les réseaux, subventionné ou officiel, administrativement gérée par l'I.M.S. (Inspection Médicale Scolaire) de la Direction Générale de la Santé (Ministère 1 de la Communauté française) ou par le P.M.S. (Psycho-Médico-Social) du Ministère de l'Éducation et de la Formation (Ministère 2 de la Communauté française).

La lutte contre la tuberculose (dépistage et suivi) a été confiée à la FARES (Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Éducation à la Santé). Cette lutte est organisée régionalement, notamment avec l'appui des services provinciaux.

La médecine scolaire est bien sûr aussi partie prenante dans le dépistage de la tuberculose.

La FARES est également service agréé en éducation pour la santé (groupe trois).

Le **dépistage du cancer** effectué par six centres de dépistage (dont trois universitaires) est financé partiellement par la

Allaitement

Charleroi

15 décembre 1994

«Que choisir pour nourrir mon enfant, le sein ou le biberon?». Soirée d'information organisée par Allaitement-infos de Charleroi Naissance.

Lieu: Educa-Santé (sous le porche), avenue Général Michel 1B, 6000 Charleroi.

Heure: 20 H.

Prix: 200 F / personne, 300 F/couple.

Renseignements: Karine Roisin, tél.: 071/33.02.29.

Bruxelles

Séance d'information pour futurs parents tous les premiers mardis du mois.

Cela se passe à Infor Allaitement, Grande rue au bois 82, 1030 Bruxelles. P.A.F.: 250 FB par couple ou par personne.

Renseignements (inscription obligatoire): Dr Christilla Coussemont, 02/245.38.89.

Jeunes

Bruxelles

13 janvier 1995

Conférence: «De la biométrie à la socio-épidémiologie des comportements de santé des jeunes» par Danielle Piette, Epidémiologie et Médecine sociale à l'ULB.

Lieu: ULB, Séminaires de l'École de santé publique, Campus Erasme - Bâtiment A, Auditoire 21.55, 808 route de Lennik, 1070 Bruxelles.

Heures: de 12H à 13H.

Renseignements: Pr Claude Thilly et Dr Sophie Alexander, c/o Michèle Ribourdouille, tél.: 02/555.40.46, fax: 02/555.40.49.

Milieu scolaire

Saint-Vaast

14 au 20 janvier 95

Le Domaine provincial de la Louve se transforme en "maison géante de la santé" pour présenter les réalisations de plus de 500 élèves de 24 écoles de la région.

Une initiative de l'Inspection Médicale Scolaire (réseaux libre et officiel), de Jeunesse et Santé (Mutualités Chrétiennes), d'Ampli-Junior (Mutualités Socialistes) et de la Commission Locale de Coordination en éducation pour la santé.

Renseignements: La Louvière-Ville-Santé, rue de la Loi 18, 7100 La Louvière. Tél.: 064/27.79.66.

Relation enfants-adultes

Charleroi

26 janvier 1995

«Pour des relations positives entre l'enfant, ses parents et les intervenants pédagogiques et psycho-sociaux» par Jean Epstein (psychosociologue, kinésithérapeute français), conférence organisée par la Direction Générale des Affaires Sociales de la province du Hainaut (D.G.A.S.), dans le cadre des «Grandes communications».

Lieu: Auditorium de l'Université du Travail de Charleroi, Bâtiment administratif, Boulevard Roullier 1, 6000 Charleroi.

Heure: 19H30

Prix: 200 F, 100 F (étudiants, retraités, chômeurs, agents provinciaux).

Inscription et renseignements: D.G.A.S. - Service Formation, rue de la Bruyère 157, 6001 Marcinelle, tél.: 071/44.72.11, fax: 071/47.27.44.

Toxicomanie

Charleroi

26-27 janvier 1995 / 9-10 février 1995

Re-Sources propose une formation générale pour répondre aux questions que soulèvent la consommation de drogues et la toxicomanie. Le second module abordera les traitements: les sevrages, les traitements ambulatoires, les traitements résidentiels.

Lieu: Centre Universitaire de Charleroi (CUNIC), Avenue Général Michel 1b, 6000 Charleroi.

Prix: 8.000 F (à régler par chèque ou à verser au compte 732-6650350-81)

Inscription: Re-Sources, Grand Rue 3, 6200 Châtelet.

Renseignements: Jacques Dekoninck ou Joëlle Fensie, tél.: 071/39.51.71

Conception

Charleroi

30 janvier 1995

Conférence-débat: «Les procréations assistées» organisée par les Femmes Prévoyantes Socialistes de Charleroi, F.A.M. (Formation-Action-militantisme).

Lieu: Bâtiment des Mutualités socialistes du Bassin de Charleroi, avenue des Alliés 2 (6e étage), 6000 Charleroi.

Renseignements: Laurence Mathieu et Florence Bierlaire, tél.: 071/20.78.45

Fatigue

Bruxelles

6 février 1995

Dans le cadre des «lundis midis du mardi», le docteur Josette Charles (Centre Coopératif de la Consommation) donnera une conférence sur le thème: «La fatigue». Dans l'optique de la gestion de la santé, prendre en compte sa fatigue, apprendre à y faire face, l'entendre comme un message de notre organisme.

Lieu: rue du Damier 23, 1000 Bruxelles (derrière City 2).

Heures: 12H15 à 13H45.

L'atelier correspondant à cette conférence sera organisé le 13 février, de 12H15 à 13H45.

Renseignements: Bureaux de Quartier, 02/733.43.95.

Grossesse

Liège

8 et 15 février 1995

Second cycle des mercredis de la famille heureuse.

Première séance: évolution de la grossesse dans le corps et dans la tête...ça change!

Deuxième séance: la naissance et l'après naissance.

La participation aux deux séances est souhaitée.

Intervenants: Françoise Dutz (gynécologue), Perrette Firket (psychothérapeute), Jacqueline Koschella (assistante sociale).

Lieu: La Famille Heureuse, rue Henri-court 15, 4000 Liège, tél.: 041/52.06.30.

Heure: 20H.

Prix: 200 F.

Formation

Bruxelles

3 au 7 avril 1995

Danielle Piette et France Kittel, directrices de l'équipe PROMES (à l'École de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles), organiseront du 3 au 7 avril 1995 un module de formation en Promotion-Éducation-Santé concernant les modèles explicatifs des comportements et de leur changement, une application des théories sociales cognitives dans un contexte de promotion de la santé. Ce module sera pris en charge par le Professeur Gaston Godin de l'Université Laval, Québec.

Les "fiches du self-help" sont une réalisation du service Promotion de la santé de l'Union nationale des mutualités socialistes. Elles sont publiées dans le cadre de la Cellule de coordination intermutualiste (Union nationale des mutualités socialistes / Alliance nationale des mutualités chrétiennes).

FICHE A.1

Le service

- **Coordonnées** : Association Parkinson Belge, Av. J. Stobbaerts, 43 - 1030 Bruxelles; tél: 02/245.59.45. Plusieurs sections locales.
- **Permanence** : mercredi et jeudi de 9 à 12 h et de 14 à 17 h.
- **Responsable(s)** : Mme Monique De Plaen (présidente).
- **Publication** : "Parkinson magazine" (trimestriel)
- **Autres activités principales** : documentation détaillée et mise à jour sur la maladie; organisation d'une grande journée d'information et d'animation par an; soutien à la recherche scientifique ...

N. B. : les informations reprises ci-dessus sont susceptibles de connaître certains changements au fil du temps: interruption ou développement d'activités; nouveaux responsables; modification des heures de permanence; déménagement; etc.

En attendant d'éventuelles mises à jour, toute personne qui rencontrerait des difficultés dans ses tentatives de contact avec un groupe de self-help ou qui chercherait des informations complémentaires sur les groupes existants peut s'adresser au Service Promotion de la santé, U.N.M.S., 32 rue Saint-Jean - 1000 Bruxelles; tél. 02/515.05.85.

01/12/1994
(au recto : le problème)

Le self-help : une démarche en développement

Vous vous intéressez aux groupes d'entraide ? Vous aimeriez en savoir plus à leur sujet ? Vous pourriez aider à les faire mieux connaître dans certains milieux ? Vous aimeriez participer à un échange de points de vue autour d'une expérience, d'un projet, de questions précises les concernant ?...

Nous sommes à votre écoute et pouvons d'ores et déjà mettre à votre disposition certains outils d'information ou de sensibilisation. Un "Inventaire des groupes d'entraide dans la Communauté française de Belgique", périodiquement réédité et mis à jour, ainsi que du matériel destiné à attirer l'attention du grand public sur l'existence des groupes d'entraide (cartes postales, affiches à placer dans les lieux ouverts au public) peuvent être obtenus à l'adresse ci-dessous:

Service Promotion de la santé
U.N.M.S.
32, rue Saint-Jean - 1000 Bruxelles
tél. 02/515.05.75

FICHE E.1

Le service

- **Coordonnées** : Contact S.O.S. Anorexie, Rue de Lantsheere, 13 - 1040 Bruxelles.
- **Permanence** : (en fonction des disponibilités; voir personnes de contact ci-dessous).
- **Responsable(s)** : Kathleen Vanheuverzwijn (tél.: 02/736.36.09) et Vinciane Dubois (tél.: 02/420.04.48).
- **Publication** : un bulletin trimestriel
- **Autres activités principales** : ...

N. B. : les informations reprises ci-dessus sont susceptibles de connaître certains changements au fil du temps: interruption ou développement d'activités; nouveaux responsables; modification des heures de permanence; déménagement; etc.

En attendant d'éventuelles mises à jour, toute personne qui rencontrerait des difficultés dans ses tentatives de contact avec un groupe de self-help ou qui chercherait des informations complémentaires sur les groupes existants peut s'adresser au Service Promotion de la santé, U.N.M.S., 32 rue Saint-Jean - 1000 Bruxelles; tél. 02/515.05.85.

01/12/1994
(au recto : le problème)

FICHE F.1

Le service

- **Coordonnées** : Allaitement-Infos, c/o Charleroi-Naissance, Avenue Général-Michel, 1b - 6000 Charleroi; tél.: 071/33.02.29.
Rem. : en matière d'information et de conseil (mais pas spécifiquement pour des réunions de groupe), on peut aussi s'adresser à Infor-Allaitement, Grande Rue au Bois, 82 - 1030 Bruxelles; tél.: 02/242.99.33.
- **Permanence** : heures de bureau.
- **Responsable(s)** : Mme L. Schaner, rue de Braives, 11 - 4210 Vissoul; tél.: 085/71.29.37
- **Publication** : "Le courrier du réseau allaitement maternel".
- **Autres activités principales** : réponse aux demandes d'animation (l'équipe travaille principalement dans la région de Charleroi, en partenariat avec d'autres asbl et avec des professionnels de santé).

N. B. : les informations reprises ci-dessus sont susceptibles de connaître certains changements au fil du temps: interruption ou développement d'activités; nouveaux responsables; modification des heures de permanence; déménagement; etc.

En attendant d'éventuelles mises à jour, toute personne qui rencontrerait des difficultés dans ses tentatives de contact avec un groupe de self-help ou qui chercherait des informations complémentaires sur les groupes existants peut s'adresser au Service Promotion de la santé, U.N.M.S., 32 rue Saint-Jean - 1000 Bruxelles; tél. 02/515.05.85.

01/12/1994
(au recto : le problème)

Communauté française sans qu'une politique cohérente ait été définie en cette matière.

Le dépistage des anomalies génétiques et des maladies métaboliques est également de compétence communautaire: des centres universitaires sont agréés à cet effet.

Le contrôle médico-sportif est axé sur quatre points; le dopage (projet de décret en cours), le cyclisme (examens obligatoires), la «masse» (examen préventif pour chaque sportif) et la boxe (examen obligatoire prouvant la bonne santé avant le match de boxe...).

L'agrément des services médicaux du travail.

Un second groupe de compétences concerne l'épidémiologie, la surveillance des maladies transmissibles et la vaccination.

L'épidémiologie comprend la récolte, l'analyse et le traitement des statistiques de naissance et de décès et la surveillance des maladies transmissibles à déclaration obligatoire et en interconnexion avec le réseau de surveillance de l'I.H.E. (Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie) via le réseau des médecins vigies et des laboratoires vigies.

Le CROSP (Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique) et l'I.H.E. ont pour mission d'analyser des données et de procurer des outils aux décideurs.

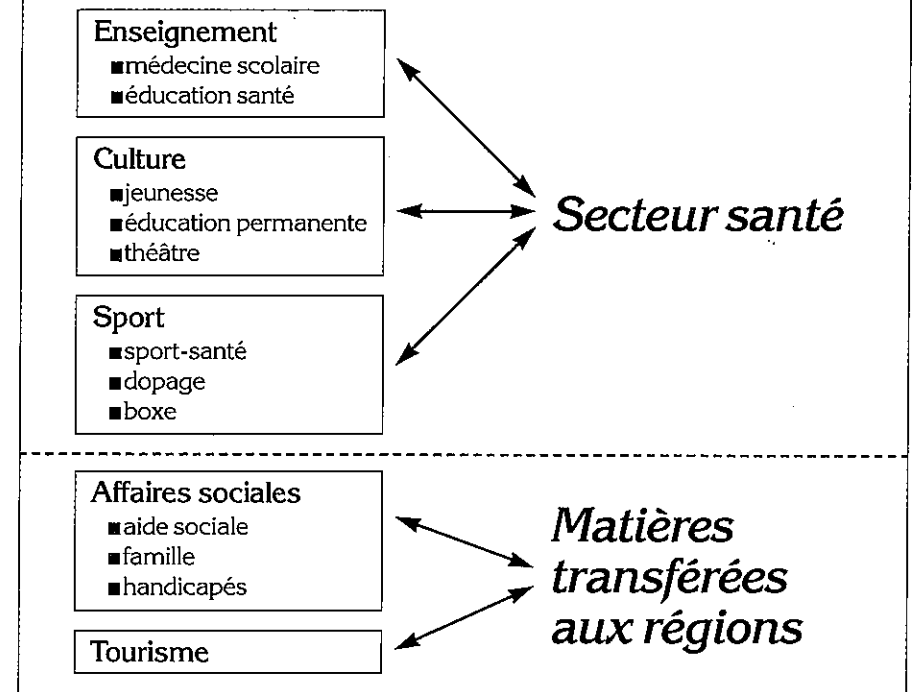
Le programme de vaccination, programme interuniversitaire et administratif visant à promouvoir la vaccination rougeole-rubéole-oreillons par des actions auprès des différents publics (médecins, écoles, O.N.E., parents...) et à évaluer le pourcentage de vaccinés par des enquêtes de couverture vaccinale chez les enfants. Ce programme ne se limite pas à la vaccination rougeole-rubéole-oreillons mais se tourne dès à présent vers la promotion d'autres vaccinations (haemophilus, hépatite, méningite).

Le troisième groupe pourrait être appelé «Promotion de la Santé»

- Il comprend:
- l'éducation pour la santé;
 - la toxicomanie;
 - le sida.

Pour les services d'éducation pour la santé, je vous renvoie à votre lecture favorite.

LIENS ENTRE SECTEUR SANTE ET AUTRES SECTEURS COMMUNAUTAIRES.



La politique en matière de toxicomanies a fait malheureusement les frais du transfert de compétences vers les Régions (et notamment du transfert des centres de santé mentale). Les actions menées vis-à-vis des toxicomanes relèvent des Régions tandis que les actions d'éducation pour la santé en ce domaine sont restées de compétence communautaire. Cette distinction souvent artificielle semble contraire à toute politique de santé cohérente et à un travail efficace des associations.

Enfin, l'Agence de Prévention du Sida a pour mission d'établir pour le Ministre un programme de prévention, une planification des actions à mener, des propositions d'affectations budgétaires pour des actions précises qu'elle entreprendra elle-même ou que des associations réaliseront. Peu de liens existent administrativement entre l'Agence et la Direction Générale de la Santé.

Dans une analyse un peu plus dynamique et moins descriptive, service par service, on pourrait dire que nous avons des «embryons» de programmes répartis sur plusieurs budgets et gérés par des services différents.

Trois exemples peuvent exprimer les différents niveaux de cohérence des actions :

- Le programme vaccination (PROVAC en collaboration avec d'autres partenaires tels l'I.M.S. et l'O.N.E.) est sans nul doute le plus cohérent;
- La lutte contre la tuberculose (FARES avec l'I.M.S. et les Provinces) forme ac-

tuellement un tout; une réorganisation de ce secteur est sans doute prévisible dans l'optique d'une répartition des compétences;

- La lutte contre le cancer comprend, sous différents budgets, par différents acteurs, et sans guère de coordination, du dépistage, de la formation, de l'information et des actions d'éducation pour la santé.

Conclusion

Il me paraît intéressant de s'attarder quelques instants en guise de conclusion sur les liens qui existent entre le secteur santé de la Communauté française et d'autres secteurs de cette Communauté; ceci "justifie" en partie la répartition des compétences qui furent attribuées. Le tableau montre certaines zones de rencontre des différents secteurs, soit au niveau des actions, soit au niveau de réflexions, démarches ou politiques similaires.

Le secteur éducation pour la santé est certainement celui qui est le plus concerné par ces zones de rencontre; au sein même de la santé en Communauté française, il est celui qui se trouve aussi comme un lieu de convergence: on peut citer comme exemples, la toxicomanie, le sida, le cancer, la protection maternelle et infantile (ONE), l'inspection médicale scolaire, la vaccination.

Roger Lonfils ■

Note : Je me suis inspiré pour une partie des explications institutionnelles du dossier du "Soir" intitulé "Clefs pour comprendre la Belgique (2) - Les règles du pouvoir", supplément du 29/09/94

“Evaluation, quand tu nous tiens!”

La professionnalisation et l'institutionnalisation de l'éducation pour la santé - qui se marquent notamment par la constitution de filières de formation universitaires et par l'établissement d'une réglementation au niveau communautaire - constituent probablement des causes du succès actuel des pratiques d'évaluation. Naguère, au contraire, celles-ci étaient plutôt considérées avec indifférence (les évaluations « maison » à visée purement administrative ou justificative) ou anxiété (les évaluations de type *audit*, dans une perspective de contrôle ou de sanction).

Aujourd'hui, l'évaluation est donc à l'honneur. Il est courant - et rationnel, et tout à fait légitime - de l'envisager comme un instrument essentiel de la planification: on recueille des informations fiables et valides, et on les compare à des critères préétablis, en vue de vérifier, corriger, modifier le programme éducatif. Cette logique coïncide aisément avec le modèle de l'évaluation centrée sur les objectifs. Il s'agit essentiellement de mesurer l'écart entre les résultats attendus et les résultats obtenus, et de prendre en conséquence les décisions de régulation qui s'imposent.

Certains rappellent cependant que les présupposés de cette conception manquent de réalisme. Ainsi, on a pu écrire de façon désabusée: « il est plus fréquent que les bonnes études d'évaluation de programme n'aient aucun impact sur les programmes subséquents » et « l'affirmation selon laquelle tout ce dont on a besoin pour améliorer le travail professionnel est d'informer les professionnels de résultats antérieurs médiocres, est psychologiquement naïve et organisationnellement simpliste ». (1) On ne vous l'envoie pas dire...

Les dimensions de l'évaluation

Pourtant, l'évaluation peut avoir une dimension formative, non seulement pour le programme (au sens classique d'évaluation formative *versus* sommative), mais aussi pour les acteurs. A ceux-ci, elle donne à voir leur propre projet (au-delà de ses résultats), elle le leur présente sous un jour différent, et peut ainsi les amener à apprendre des choses surprenantes sur leur interven-

tion, sur leur façon d'intervenir, sur leur public, voire sur eux-mêmes.

D'autres soulignent la dimension éthique(2) de l'évaluation. Agir vaut-il forcément mieux que ne rien faire?... L'activité envisagée ne risque-t-elle pas d'avoir plus d'effets négatifs que d'effets positifs?... Ainsi, Danielle Piette a souligné à plusieurs reprises(3), à propos de l'usage de drogue, que l'intervention éducative pouvait se révéler non seulement peu efficace, mais même contre-productive, c'est-à-dire stimuler la curiosité et encourager la consommation de toxiques.

D'une façon plus générale, ce qu'écrivent Jacques Bury et J.-J. Guilbert(4) de la formation en éducation pour la santé s'applique particulièrement bien à l'évaluation. Je les paraphraserai en disant qu'en évaluant un programme, il ne s'agit pas d'aider les acteurs de ce programme à mieux faire ce qu'il ne faut pas faire, mais bien de questionner les fondements de l'action.

Cette dimension éthique est tout à fait essentielle, et j'y tiens beaucoup. Et pourtant, ne risque-t-on pas, ici encore, d'oublier un certain réalisme? De tomber dans le travers de la « pureté méthodologique » relevé avec humour par Roland Lecomte(5)? Plus pratiquement, de quel droit va-t-on endosser la tenue d'Évaluateur, contester tel projet, c'est-à-dire non seulement des intérêts et des habitudes, mais aussi un dynamisme, des compétences, un désir d'agir...? C'est rarement le mandat que l'on donne à un évaluateur! (Et si on le lui donnait, il y a gros à parier qu'on lui en ôterait les moyens pratiques.)

Je voudrais donc consacrer quelques pages à mettre en lumière la dimension institutionnelle de l'évaluation, en m'appuyant sur plusieurs auteurs qui m'ont aidé à voir plus clair dans mon propre projet d'évaluation.(6) Pour commencer, reprenons trois faits soulignés par Jean-Marie Barbier.(7)

1. Les premières pratiques instituées d'évaluation des actions de formation apparaissent dans le cadre de l'entreprise (aux USA, vers 1952-53), et non dans le monde des institutions de formation. Ce qui signifie pour cet auteur que, « contrairement à une certaine idéologie qui la présente comme le pro-

duit d'un souci de rationalisation de la part des acteurs engagés dans une action, l'évaluation trouve probablement sa racine dans une cause externe à l'action évaluée » (p. 52).

2. Les pratiques d'évaluation des actions n'apparaissent pas seules, mais liées à d'autres pratiques nouvelles affectant les actions de formation (l'analyse des besoins, la planification, la régulation des actions). Ce que Barbier interprète comme le signe de la mise en place d'un nouveau mode de contrôle du travail, visant à associer le personnel aux objectifs de l'organisation et au rôle que l'on attend d'eux.

3. Centrées au départ sur les actions de formation proprement dites, les pratiques d'évaluation s'étendent par la suite à d'autres objets (programmes, institutions, systèmes de formation).

Notes

(1) P. Davidson, cité par BURY, J. A., *Education pour la santé. Concepts, enjeux, planifications*, Bruxelles, De Boeck, 1988, p. 207.

(2) Je ne suis pas hostile au mot « morale ». Si je lui préfère ici l'adjectif « éthique », ce n'est pas pour sacrifier à une certaine pudibonderie moderniste, mais parce que le concept de morale - celle-ci fût-elle individuelle - renvoie pour moi à un ensemble de règles (donc de réponses), tandis que celui d'éthique est centré sur un questionnement (y compris un questionnement de la morale). Voir CHERBONNIER, A., *Bioéthique: sous les mots, les choses*, En Question, juin 1993, pp. 5-9.

(3) Voir notamment ses remarques dans CHERBONNIER, A., *L'évaluation est-elle surévaluée ?*, En Question, n° 5, avril 1991, pp. 7-8.

(4) BURY, J. A., *op. cit.*, pp. 103-104.

(5) LECOMTE, R., RUTMAN, L., *Introduction aux méthodes de recherche évaluative*, Québec, Presses de l'Université Laval, 1992, p. 1: « Des étudiants s'approchent de Halcolm le Sage et lui demandent: « Maître, enseigne-nous les bonnes méthodes à utiliser lorsque nous voulons évaluer ». Halcolm le Sage leur répond: « Les enjeux de la méthodologie d'évaluation sont des enjeux de stratégie, non de morale. La pureté méthodologique n'est pas une vertu. La meilleure stratégie est celle qui choisit les méthodes de recherche qui répondent le mieux aux questions d'évaluation. »

(6) CHERBONNIER, A., *Évaluation du programme de formation à la prévention du SIDA organisé par le CEDIF*, Bruxelles, UCL, Faculté de Médecine, RESO, mémoire de licence en éducation pour la santé, juin 1993, 290 p. + annexes.

(7) BARBIER, J.-M., *L'évaluation en formation*, Paris, PUF, 1985, 295 p.

Les fiches du self-help

Découpez (ou photocopiez et collez sur un carton) ces fiches d'identité de groupes et organismes offrant, en Communauté française de Belgique, des possibilités pour les particuliers de se joindre à un "groupe d'entraide" ou d'y obtenir des informations et conseils. D'autres fiches seront publiées périodiquement.

Principes de classement

Les fiches qui suivent peuvent être classées par l'utilisateur, à sa meilleure convenance, selon deux modalités :

■ le classement **alphabétique** de l'ensemble des fiches disponibles, d'après les intitulés (ex.: "Affections cardiaques", "Allaitement", "Allergie", etc.);

■ le classement par **catégorie de problèmes**. Celui-ci consistera à regrouper les fiches en "séries" successives, en fonction des lettres-codes figurant dans le coin supérieur gauche de chaque fiche. Dans chaque série, un classement numérique correspond à l'ordre chronologique de parution. Voici la signification des lettres-codes :

SÉRIE **A** = Maladies

SÉRIE **B** = Suites d'opération

SÉRIE **C** = Dépendances

SÉRIE **D** = Handicaps

SÉRIE **E** = Troubles du comportement

SÉRIE **F** = Situations sociales et événements personnels ou familiaux divers

Lorsqu'un nombre suffisant de fiches auront été publiées, des fiches index seront fournies, afin d'aider à repérer facilement les thèmes traités dans une liste de synthèse.

(au verso : le service)

SÉRIE F - FICHE 1

Allaitement

Le problème

Allaitement au sein ou au biberon ? Le choix est d'abord personnel, même s'il n'échappe pas aux pressions sociales (en sens divers, d'ailleurs).

Pour les (futurs) mères qui optent en faveur de l'allaitement maternel, les choses ne sont pas toujours simples, cependant. Les questions se bousculent: pourquoi ressent-on parfois des sensations désagréables les premiers jours ? Comment faire s'il y a engorgement ? Comment éviter des crevasses ? Que faire si l'on a trop ou trop peu de lait ? Dans quelle position le bébé sera-t-il le mieux pour téter ? Comment savoir s'il a assez bu ?... Depuis 1986, Allaitement-Infos rassemble une dizaine de jeunes mamans ayant vécu cette expérience et formées pour écouter les parents angoissés ou désorientés, au sein de groupes de rencontre.

(au verso : le service)

SÉRIE A - FICHE 1

Parkinson

Le problème

Encore souvent mal vécue, même si elle est aujourd'hui beaucoup mieux maîtrisée notamment grâce à certains médicaments, la maladie de Parkinson touche en Belgique entre 15.000 et 18.000 personnes. Mais on parle parfois de 32.000 malades potentiels...

En 1986, l'Association Parkinson Belge s'est créée pour tenter de rassembler les malades éprouvés, leurs proches et des soignants. Objectif réalisé, puisque près de 12 groupes de parkinsoniens se sont créés depuis.

Tous les deux ou trois mois, ces "P.K.Clubs" se réunissent lors d'une conférence sur des sujets qui les concernent spécifiquement. Autour d'une tasse de café, des liens précieux et discrets se tissent, désinhibant en douceur une pudeur qui masque, en général, la honte de perdre ses facultés non pas intellectuelles mais motrices...

(au verso : le service)

SÉRIE E - FICHE 1

Anorexie

Le problème

Alternant parfois avec la boulimie, l'anorexie mentale s'annonce souvent dès l'adolescence et touche surtout les jeunes femmes. Faute de chiffres belges, on se base sur les données des Pays-Bas: 8,1 nouveaux cas pour 100.000 habitants par an. Quatre signes aident à identifier ce trouble grave: un amaigrissement important, l'aménorrhée (perte des règles), un régime restrictif malgré la perte de poids spectaculaire, et la crainte de devenir obèse (poussant à la prise de médicaments, à se faire vomir, etc.).

Les causes sont multiples et variables (choc affectif, hypersensibilité à une situation écrasante...). Les traitements sont longs et visent à restaurer d'abord la perception que ces gens ont de leur corps, puis l'état nutritionnel. Parallèlement aux soins, l'anorexique peut tirer un large profit du réapprentissage à s'intégrer dans un groupe.

(au verso : le service)

Les documents renseignés dans cette rubrique peuvent être consultés au centre de documentation d'Infor Santé, rue de la Loi 103, 2e étage. Le centre est ouvert pendant les heures de bureau, le lundi, mardi, jeudi et vendredi, uniquement sur rendez-vous pris chez Maryse Van Audenhaege, au 02/237.48.53.

Livres

ACCIDENT DOMESTIQUE

HEBERT V., BOSSUT Y., Tim, Tam et la famille souris, Institut de la vie, Bruxelles, 1993, livre illustré, acd25

L'abécédaire de la prévention des accidents d'enfants, Educa Santé / Institut de la vie, Charleroi / Bruxelles, 1994, dossier, acd26

DE STEFANO E., HEBERT V., BALOT F. et al., Fondements et approche précoce de la prévention des accidents, Institut de la vie, Bruxelles, 1987, dossier, acd27

ALIMENTATION

GUICHARD A., BLAKE Q., Pourquoi tu ne manges pas, Amélie Ramolla? Cinq petites histoires à pleurer de rire pour apprendre à bien se nourrir, CFES, Paris, Bayard, 1993, Astrapi, 45 p., 69 FF, ali71

COENE I., Rapide & sain, Aartselaar (Belgique), Chantecler, 1994, 71 p., 265 FB, ali72

CANCER

PRINCE STOLTENBERG S., Le livre de l'Espoir, General Electric / GE Medical Systems Europe, Munich, 1993, 68 p., pca34

CONTRACEPTION

THOMAS J., Préservatif, mode d'emploi, Alleur, Marabout, 1994, 151 p., 210 F, sec17

EDUCATION POUR LA SANTE

MAHEU E., HALLEY DES FONTAINES V., AIACH P., et al., Idéologies de la prévention, 1994, AGORA, n° 30, 05/1994, 116 p., eps63

Apprendre et vivre la santé à l'école. Tome 1., Ecole de Santé Publique Université de Liège, Liège, 1994, Santé éducation, 317 p., eps64

Apprendre et vivre la santé à l'école. Tome 2., Ecole de Santé Publique Université de Liège, Liège, 1994, Santé éducation, 353 p., eps65

BASS M., Promouvoir la santé, Paris, L'Harmattan, 1994, 304 p., 160 FF, eps66

ENFANT

Droit à l'enfance pour tous les enfants. Plan pour une politique coordonnée de l'enfance, Ministère de la Fonction Publique / Enfance et Promotion de la santé / Communauté française, Bruxelles, 1994, 95 p., vie41

REHEL P., L'accueil du tout petit à l'hôpital, Paris, ESF éditeur, 1994, La vie de l'enfant, 125 p., 130 FF, vie42

Santé et apprentissages, Ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle / GPLI, Paris, La documentation française, 1994, En toutes lettres, 358 p., 160 FF, vie43

ENVIRONNEMENT

DESHONS M.A., Comment lutter contre le bruit. Guide pratique et juridique, Paris, De Vecchi, 1994, CSCV De Vecchi, 121 p., env20

HYGIENE

MOREN Y., Le jeune homme et le dragon, L'enfant pour l'enfant Institut Santé et Développement, Paris, Edicef, 1993, 31p., Guide pédagogique conte, hyg01

IMMIGRATION

Dr D. ROYNET, Les troubles de la sexualité chez les femmes issues de l'immigration musulmane, G.E.R.M., Bruxelles, 1994, (Expériences et analyses), 26 p., 250 FB, enquête, see05

MALADIE CARDIO-VASCULAIRE

Votre coeur à coeur ouvert, Fondation pour la chirurgie cardiaque, Bruxelles, s.d., 68 p., pco27

Votre coeur sur le bout des doigts, Fondation pour la chirurgie cardiaque, Bruxelles, 1989, 192 p., pco 28

MEDICAMENT

Au soleil, quels médicaments? Guide des médicaments à l'usage des consommateurs, Centre Coopératif de la Consommation / Ministère de la Santé Publique, Bruxelles, HALLEUX P., 1994, 17 p., guide, med76

ORGANISATION DE LA SANTE

SAFON M.-O., Répertoire des banques de données et des services télématiques en santé, CREDES, Paris, 1993, Biblio n°990, 113 p., 100 FF, répertoire, ssa61

PERINATALITE NOURRISSON

Rendez-vous serein avec votre bébé, Mutualités socialistes, Bruxelles, 1994, 33 p., vib21

POLITIQUE DE SANTE

GAILLARD J.P., Le médecin de demain: vers une nouvelle logique médicale, Paris, ESF éditeur, 1994, 250 p., 160 FF, pol43

CADORE B., L'expérience bioéthique de la responsabilité, Louvain la Neuve / Montréal, Artel - Fides, 1994, Catalyses, 204 p., 990 F, pol44

MALHERBE J.F., Autonomie et prévention. Alcool, tabac, sida dans une société médicalisée, Montréal / Louvain La Neuve, Artel-Fides, 1994, Catalyses, 189 p., 650 F, pol45

Archives Belges de Santé Publique, Archives Belges de Médecine Sociale, Louvain, 1994, 97 p., revue, pol46

d'HOUTAUD A., Image de la santé, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, 1994, Santé Publique et Communautaire, 222 p., 120 FF, pol47

SANTE

RUSCH E., THELOT B., Dictionnaire de l'information en santé publique à l'usage des professionnels de santé, Paris, Frison Roche, 1994, 270 p., 120 FF, san58

Compendium de statistiques de la santé 1994, IBES, Bruxelles, 1994, san59

Forme et santé toute l'année, Bruxelles, Test-Achats, 1994, 329 p., 1870 F, san60

SIDA

VAN HOVE E., CARPENTIER N., KNOPS N., La prévention du SIDA à Bruxelles, Centre d'Etudes Sociologiques FU Saint-Louis, Bruxelles, 1994, 50 p., psi28

Memento sida abrégé, Infor Sida, Bruxelles, 1994, psi29

STRESS

Stress et travail, I.N.R.C.T. (Institut National de Recherche sur les Conditions de Travail), Bruxelles, 1994, 270 p., étude, sms11

BROCKERT S., Managez votre stress, Alleur, Marabout, 1994, santé/forme, 190 p., 245 F, sms12

SOINS A DOMICILE

Aides et soins au domicile des personnes âgées, C.I.E.D. (Centre d'Information, d'Etudes et de Documentation), Bruxelles, 1993, VII, 123 p., répertoire, sdo14

Cette extension s'effectue dans des conditions analogues à celles qui ont présidé à l'apparition des pratiques d'évaluation. A savoir une pression exercée par un acteur externe à l'action évaluée; le développement parallèle de nouvelles pratiques de gestion; enfin, et surtout, des déceptions apparentes: « rares sont celles de ces pratiques qui atteignent le but qu'elles se sont explicitement proposé (sic). Si la demande d'évaluation n'en reste pas moins aussi forte, c'est que les résultats explicites qu'elle produit ne sont bien qu'une partie des effets qu'on en attend » (p. 58).

Autrement dit, il ne faut pas être dupe de la conception qui présente l'évaluation avant tout comme un outil pour les acteurs (outil de planification, de régulation, de gestion). Les enjeux de l'évaluation dépassent le cadre de l'action entreprise.

Evaluation et prise de décision

Dina Sensi⁽⁸⁾ approfondit ce point de vue de manière particulièrement éclairante. Elle relie, elle aussi, l'émergence des pratiques d'évaluation en formation au libéralisme économique: il s'agit de répondre à la question « quel profit peut-on tirer du changement? » (enjeux socio-économiques de l'évaluation). Des chercheurs en sciences sociales construisent un nouveau savoir (enjeux scientifiques, mais aussi, ajouterai-je, socio-professionnels). Par ailleurs, il s'agit de justifier et de rationaliser les dépenses de l'Etat (enjeux politiques) et de permettre à un plus grand nombre, grâce au système éducatif, de réaliser une ascension sociale (enjeux éducatifs). A ces différents enjeux correspondent différents types d'acteurs sociaux: les entreprises ou organisations, les professionnels, l'Etat, le public.

Un survol historique des théories en évaluation contribue à recadrer le concept. Tout d'abord, l'évaluation se cherche une crédibilité en empruntant aux sciences naturelles ses techniques quantitatives. Les sciences sociales doivent permettre de résoudre les problèmes de plus en plus complexes de la vie moderne: « la nouvelle science représente alors un véritable espoir, celui du grand rêve technocratique selon lequel la science doit aider les hommes politiques à trouver des solutions, à

prendre des décisions « correctes », parce que scientifiquement fondées, à accroître ainsi leur pouvoir et leur popularité » (p. 17). L'une des clés du progrès des sciences de l'éducation, et de l'évaluation en particulier, repose sur le développement des outils statistiques.

Mais, à la fin des années 70, l'évaluation arrive à maturité et remet en cause le paradigme scientifique. On accuse le positivisme scientifique de servir, non pas l'objectivité, mais le mythe de l'objectivité. L'approche historique se voit réhabilitée. Le quantitatif est contraint de partager la scène avec le qualitatif, les études basées sur des méthodes qualitatives se multiplient. L'évaluation « illuminative » se définit comme « une stratégie de recherche adaptable et éclectique. Il ne s'agit pas d'une doctrine. Elle dépend plutôt du choix, propre à chaque cas, d'utiliser les techniques les plus appropriées. Le problème définit les méthodes et non l'inverse » (Parlett & Hamilton, cités p. 20).

Sensi caractérise le nouveau courant par un déplacement de la question centrale de l'évaluation: non plus « comment évaluer? », mais « pourquoi évaluer? ». L'évaluation doit être utile, servir à la prise de décision et, pour cela, impliquer toutes les personnes concernées, faire l'objet d'une négociation et d'une communication, viser la résolution des problèmes plutôt que la mise en évidence des défauts du système. Stufflebeam est le grand représentant de ce courant centré sur la prise de décision. Sensi lui reproche cependant de se baser « sur un a priori qui imagine l'évaluation comme un processus consenti et accepté par tous, et l'évaluateur comme un ami accueilli à bras ouverts » (p. 22), d'ignorer les luttes de pouvoir et les conflits - y compris ceux que l'évaluation elle-même peut générer. (Une évaluation utile? D'accord, dit-elle. Mais utile à qui?)

1. *L'évaluateur*. Il ne faut pas oublier les projets et les intérêts personnels et/ou professionnels de l'évaluateur lui-même. Enjeux en termes d'emploi, de carrière, de crédibilité, de pouvoir...

2. *Les responsables politiques ou administratifs*. Ce sont souvent aussi les commanditaires du programme et de l'évaluation. Ils ont leurs intérêts propres, qu'il ne faut pas négliger - ni privilégier au point d'oublier que leur être utile signifie aussi les aider à prendre de meilleures décisions. L'évaluateur doit

pouvoir analyser le jeu dans lequel il joue, « afin d'être utile bien sûr, mais pas dupe et encore moins naïf » (p. 25).

3. *Les acteurs du programme*. Leur être utile signifie améliorer le programme. On se situe ici dans une conception formative de l'évaluation; néanmoins, celle-ci ne peut être mise en oeuvre qu'avec l'accord des acteurs. Or, ce ne sont pas toujours - loin de là - ceux-ci qui ont demandé l'évaluation. L'évaluateur peut alors se retrouver coincé entre ce qu'il doit aux acteurs (négocier, collaborer, aider) et ce qu'il doit aux « payeurs » (honorer un contrat, contrôler, rendre des comptes).⁽⁹⁾

4. *Le public*. L'évaluation peut aussi être considérée comme un acte politique, un élément de changement social en faveur des plus défavorisés: c'est l'évaluation au service d'un processus de démocratisation de la société, de lutte contre les inégalités. Dans la mesure où l'évaluateur ne doit pas se leurrer sur ses chances réelles de peser sur la décision politique ou administrative, il doit alors s'instituer en quelque sorte comme un contre-pouvoir, quelqu'un qui cherche à répondre au droit de savoir du public.

Entre le carriériste manipulateur, le fonctionnaire manipulé, l'interface écartelé et le militant redresseur de torts, quel paradigme choisir?... Faut-il vraiment choisir? Sensi propose à l'évaluateur de s'interroger sur lui-même, et notamment d'interroger ses choix théoriques et les adaptations ou renoncements qu'il a dû y apporter. En effet, aucun cadre théorique ne peut s'appliquer totalement à une réalité sociale. Il s'agit « d'être parfaitement conscient des règles que l'on respecte, mais aussi de celles que l'on transgresse pour mieux réagir positivement à l'imprévisible de toute entreprise humaine. (...) Pour cela, il s'agit de développer en soi des attitudes intégratives et réflexives, mais aussi intuitives et imaginatives » (p. 31). L'évaluateur est invité à identifier les intérêts en jeu, sa propre évolution, l'évolution de ses cadres de référence, les spécificités de chaque contexte.

(8) SENSI, D., *Evaluer des projets d'innovation en éducation*, Bruxelles, Labor, 1990, 135 p.

(9) *Gérer ce dilemme ou choisir de servir l'une des parties? C'est l'alternative posée par Sensi. Mais on peut préférer sortir de cette contradiction en assumant le rôle assigné par Bury (op. cit., p. 103) à l'éducateur pour la santé: celui d'interface intelligente entre les différentes parties impliquées.*

L'intervention évaluative

Pour Sensi, l'évaluation est en relation étroite avec le pouvoir: seul celui qui dispose d'un certain pouvoir peut demander une évaluation; l'évaluateur est en position de pouvoir par rapport aux actions qu'il évalue (et donc par rapport aux acteurs); et posséder les résultats d'une évaluation permet d'exercer un pouvoir. Il faut donc se poser la question «qui demande une évaluation à qui, et pour quoi faire?»

L'évaluation d'une action éducative (et, a fortiori, d'un système de formation) constitue une intervention dans une organisation; il est nécessaire de reconnaître ce caractère interventionniste et de renoncer au mythe de l'objectivité et de l'extériorité. Les préalables de l'intervention sont donc importants, qui tous tournent autour de la notion-clé de négociation et que Sensi emprunte aux psychosociologues. J'en retiendrai surtout trois (repris ici dans le désordre): le choix de l'évaluateur, l'utilisation des résultats et l'analyse de la demande.

1. Les raisons de la désignation de l'évaluateur doivent être analysées. Lorsque celui-ci est choisi dans l'institution qui organise le programme, il a intérêt à s'interroger sur sa place dans l'institution et à se demander pourquoi et par qui il a été choisi. La position et la crédibilité de l'évaluateur dans l'institution sont des facteurs importants pour le déroulement d'une réelle négociation entre les partenaires: «L'équilibre de cette relation dépend des rapports de force existant entre les deux parties. En d'autres termes, le poids de la proposition de l'évaluateur est fonction de sa situation sociale, de ses enjeux, de ses atouts, des risques qu'il encourt... Le choix d'un évaluateur n'est jamais innocent, il doit donc être capable d'un bon diagnostic de sa position et, en tout cas, il doit savoir pourquoi il est là» (pp. 39-40).

2. Diverses logiques président à l'utilisation des résultats. La logique économique se sert de l'évaluation pour contrôler l'utilisation des ressources financières. La logique formative vise l'amélioration du projet et de la formation. La logique du changement social est une logique de diffusion des informations au service de politiques futures: les commanditaires comme les promoteurs du projet considèrent l'évaluation comme une ressource. Sensi

souligne que cette logique n'est jamais mentionnée en Belgique, «où le clientélisme le plus absolu règne pour la survie des organisations de formation continue» (p. 44). Ces diverses logiques sont parfois présentes simultanément. Leurs poids respectifs varient en fonction de nombreux facteurs inhérents à chaque situation, facteurs dont les moindres ne sont pas la formation et l'idéologie de l'évaluateur.

3. L'origine de la demande d'évaluation peut être exogène (exigée ou hautement souhaitée par le commanditaire du programme) ou endogène (prévue par les promoteurs sans être une des conditions de subsidiarité du programme). Il est important pour l'évaluateur d'élucider la «source» du contrat d'évaluation. Même dans le cas des évaluations endogènes, il faut se demander pourquoi, sans y être obligé, un promoteur souhaite voir évaluer son projet.

Un cas vécu

L'analyse de la demande est une question particulièrement importante, avec celle de la marge de manoeuvre dont dispose l'évaluateur. En fait, ces deux questions m'ont préoccupé pendant près d'un an et demi. Il importe ici de faire quelque place à mon cas personnel, pour illustrer à quel point toutes les considérations qui précèdent ne sont pas seulement théoriques, mais très pratiques, et particulièrement pertinentes lorsqu'il s'agit d'évaluer un programme qui représente un gros enjeu pour sa propre institution en général et pour certains acteurs en particulier.

Dans le cadre de mon mémoire de licence, je souhaitais faire une recherche d'évaluation, portant sur le programme de formation à la prévention du sida organisé par le CEDIF. Mais longtemps il me sembla être le seul véritable demandeur. Le projet ne suscitait pas de résistances mais un intérêt poli - ce qui est bien pis. J'en arrivais à ne plus très bien savoir pourquoi je voulais faire cette évaluation. Cela me plaçait dans une situation tellement complexe, confuse, contradictoire, que je ne parvenais pas à l'analyser. Le fait que, par la suite, des demandes explicites d'évaluation soient formulées par certains ne parvint pas à éclaircir les choses. Les modèles théoriques et méthodologiques auxquels je recourais ne m'aidaient pas, ce qui accroissait mon sentiment de doute

et de découragement.

J'en serais peut-être encore là si ma position institutionnelle ne s'était modifiée, à la suite d'un événement que je ne pouvais prévoir et qui a joué le rôle de «déclat» (en bref, un travail qui m'a été demandé et qui a accru ma crédibilité auprès des responsables). Mon projet put se dégager de la confusion, les lectures qui m'avaient été proposées devinrent stimulantes et m'aiderent à analyser la situation. Ceci m'a démontré à quel point l'insistance de Sensi sur le facteur temps - l'évolution des choses, mais aussi l'imprévu et l'imprévisible - était pertinente. Non seulement le programme se modifie, mais l'évaluateur lui-même; celui-ci doit en prendre conscience afin de trouver «la bonne distance» par rapport à lui-même et aux autres. Sans cette distance, il est impossible de négocier la demande d'évaluation.

F. M. Katz⁽¹⁰⁾, comme Sensi, insiste sur l'analyse de cette demande et sur l'importance d'un contrat explicite d'évaluation. Il souligne la nécessité de déterminer le pourquoi de l'évaluation, ce que l'on en attend et l'appui que l'on peut espérer. Les responsables d'un programme peuvent demander une évaluation pour répondre à des préoccupations touchant à l'efficacité du programme, pour justifier des décisions déjà prises, voire pour annuler le programme, ou simplement pour remplir une formalité:

«Dans tous les cas, les personnes qui (...) demandent (l'évaluation) ont des intérêts en jeu et nourrissent des espoirs de sorte que l'évaluateur doit être sensible à leurs aspirations, leurs inquiétudes et éventuellement leur méfiance. Il doit aussi connaître les options devant lesquelles les responsables du programme sont réellement placés; certaines peuvent d'ailleurs ne se révéler qu'au cours de l'évaluation. (...) Il arrive souvent que les raisons avancées pour demander une évaluation ne reflètent pas les motifs véritables. L'évaluateur doit chercher à découvrir les motifs et inquiétudes cachés, ainsi qu'à établir si les buts de l'évaluation sont vus différemment par différentes parties - par exemple si elle est considérée par certains comme une inspection ou un moyen d'affirmer une autorité - et qui

(10) KATZ, F. M., Directives pour évaluer un programme de formation des personnels de santé, Genève, OMS, 1978, 35 p.

Une campagne de sensibilisation à l'ostéoporose

Avec une espérance de vie de 81 ans en moyenne, les femmes vivent plus du tiers de leur existence après la ménopause. Il est donc de plus en plus important de bien vieillir, de rester en forme et en bonne santé pour continuer à profiter pleinement de la vie.

Mais avec l'augmentation de l'espérance de vie apparaissent aussi des maladies liées à l'âge. L'ostéoporose fait partie de celles-ci.

Il s'agit d'une maladie des os qui actuellement touche un tiers des femmes non traitées après la ménopause. Elle se caractérise par une diminution exagérée de la masse osseuse, et donc une fragilisation des os qui engendrent des douleurs et des fractures. Elle est à l'origine de nombreuses fractures du col du fémur, des poignets, ou des vertèbres.

Le «Belgian Bone Club» mène depuis le mois d'octobre une campagne de sensibilisation à l'ostéoporose. Différentes actions sont entreprises à Bruxelles, en Flandre et en Wallonie.

Des spots télévisés ont été diffusés sur la RTBF et la BRTN; des conférences gratuites ont été organisées dans quelques grandes villes; un numéro universel, le 070/233 048, permet au public d'obtenir une documentation complète sur l'ostéoporose et sur les moyens de lutter contre cette maladie des os; des affiches et des cartes de sensibilisation sont placées dans les cabinets médicaux et les pharmacies.

La santé est savoureuse...

Lorsqu'on examine les facteurs de risques qu'il nous est possible de contrôler, nous constatons que les «mauvaises» habitudes alimentaires sont au premier plan. Nos repas sont trop gras, trop salés, trop monotones. L'importance de menus équilibrés ne fait aucun doute. De là est née l'idée de lancer un concours de recettes pas comme les autres. Le défi proposé aux participant(e)s est de composer un plat principal chaud agréable à déguster et tenant compte de critères diététiques élémentaires.



Le but de la campagne est d'attirer l'attention des femmes sur le fait que l'ostéoporose n'est pas une fatalité liée à l'âge, mais une maladie qui peut se prévenir et se guérir.

Dès l'adolescence, on peut s'assurer que la jeune fille reçoit assez de calcium via son alimentation (entre autres par le lait et les produits laitiers) et pratique suffisamment d'exercice physique, éléments favorables à la constitution du capital osseux.

À l'âge adulte, un équilibre se forme entre la construction et la destruction de l'os. Vers quarante ans, la masse osseuse diminue avec une moyenne d'1% par an. La ménopause influe sur cet équilibre par une modification des hormones, accélérant la destruction des tissus osseux. Cependant cette perte n'est pas inévitable, différentes méthodes préventives existent pour éviter l'ostéoporose par la restauration d'un équilibre entre la perte osseuse et sa reformation:

- par une bonne hygiène de vie (exercice physique suffisant, consommation limitée de tabac et d'alcool);

- par un apport en calcium;
- par un traitement hormonal de substitution prescrit dès la ménopause;
- d'autres traitements sont actuellement au stade expérimental.

Des examens permettent de mesurer la densité osseuse et de déceler une éventuelle prédisposition à développer la maladie. Il s'agit de l'ostéodensitométrie, examen totalement indolore. De plus, à partir d'une prise de sang ou d'un échantillon d'urine, il est aussi possible de mesurer le taux de remodelage osseux et l'équilibre entre la formation et la résorption des tissus osseux.

Enfin, dans le cas où la maladie s'est installée et est décelée, il est possible de la combattre par des traitements médicaux.

L'ostéoporose se développe donc principalement à cause d'un manque d'information du public, qui ignore ces possibilités de prévention et de traitement. La campagne menée par le «Belgian Bone Club» vise à cette information par la diffusion du slogan «Une femme sur trois sera atteinte d'ostéoporose. Pourtant, vous pouvez combattre cette maladie des os. Parlez-en à votre médecin», afin que chacune puisse prendre en charge sa santé et ne plus subir inutilement une maladie qui handicape fortement celle qui en est atteinte.

d'après une conférence de presse du Belgian Bone Club ■

Ce concours est doté de 100 prix, dont le premier, d'un montant de 50.000 FB, est tout sauf négligeable. Il y a aussi un prix de la jeunesse (25.000 FB) pour les moins de 21 ans.

Cette initiative, soutenue par l'Association Pharmaceutique Belge, la Ligue Cardiologique Belge, l'Europe Contre le Cancer, la V.U.B. et la Ministre de la Santé de la Communauté française, est due aux Mutualités Libérales, Neutres, et Professionnelles. Le fait que la loi reconnaît maintenant que l'éducation pour la santé est une activi-

té normale des mutualités n'y est sans doute pas étranger...

Les membres des autres mutualités peuvent aussi participer au concours!

Renseignements: Union Nationale des Mutualités Professionnelles et Libres, Service IES, rue St Hubert 19, 1150 Bruxelles. Tél.: 02/778.92.11.

Union Nationale des Mutualités Neutres, Service IES, chée de Charleroi 145, 1060 Bruxelles. Tél.: 02/538.83.00.

Union Nationale des Mutualités Libérales, Centre d'Education à la Santé asbl, rue de Livourne 25, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/538.41.54. ■

essentiellement) en entreprises. Les objectifs étaient de répertorier une liste sélective de programmes et modules de la santé en entreprises et de dégager des constantes, tant sur le plan du marketing que du contenu et des méthodologies. Le questionnaire a été mis au point avec la collaboration bénévole de Promes (Madame France Kittel).

Adressé à près de 800 correspondants, pour la majorité européens, ce questionnaire d'inventaire présente deux parties.

La première partie concerne les activités du «correspondant» en matière de santé en entreprise. On y trouve des informations concernant notamment le statut de l'institution, les thèmes abordés, les types d'actions réalisées sur le terrain et leur historique, les supports utilisés, les objectifs atteints et l'évaluation qui en est tirée, les sources de financement, les réticences à une implantation de ces programmes, leur promotion...

La seconde partie teste un concept d'«audit santé» en entreprises, et notamment l'attitude des acteurs d'une entreprise face à un programme de promotion de la santé, la motivation ou la réticence de la direction générale et des personnes habilitées à soutenir l'implantation d'un tel programme (médecins du travail, syndicats,...), les incitants pour présenter et développer ces programmes...

Les retours de ce questionnaire ont été très lents et trop peu nombreux. Ceci ne nous a pas permis de tirer des conclusions quantitatives de l'inventaire.

De nombreux correspondants ont envoyé des documents concernant leurs interventions. La plupart des documents reçus concernent principalement des programmes visant la prévention des accidents de travail et la sécurité sur les lieux de travail.

Quelques documents plus généraux ont été répertoriés: bulletin de liaison, outils, programmes de prévention et interventions en entreprise par des organismes extérieurs...

Une enquête auprès des médecins du travail

Suite aux résultats limités de l'inventaire, à une analyse qualitative des contacts pris et du matériel récolté à

l'étranger, une nouvelle définition d'objectifs intermédiaires intervint à mi-projet.

Une enquête auprès des médecins du travail fut préparée. Elle a été menée au mois de mai 1994.

L'objectif de cette enquête était de tester «l'intérêt» des médecins du travail pour une approche des risques de santé non-professionnels intégrée dans leur pratique. Nous voulions également évaluer leur perception quant à la mise à leur disposition d'outils d'information et d'une gamme de services (conférences, animations, événements, interventions en grou-pes...).

Cette enquête visait également à nous permettre d'identifier quelques médecins du travail intéressés par cette approche et motivés en vue d'une collaboration plus active pour la poursuite du projet. Ainsi, nous leur proposons l'organisation d'une journée de travail au cours de laquelle une collaboration active au développement d'un projet pilote serait proposée.

Synthèse

Le questionnaire a été adressé par courrier à 800 médecins du travail. Nous avons reçu 143 réponses.

86 % des médecins qui ont répondu, se disent enthousiastes par rapport à une action de prévention et de sensibilisation aux risques non-professionnels de santé dans l'entreprise.

Les thèmes ressortants comme prioritaires sont principalement les maux de dos: 47.3 %, suivis d'autres thèmes: les risques cardio-vasculaires, le stress, l'alimentation, les assuétudes.

Etonnamment, les assuétudes arrivent en dernière position alors que dans les commentaires, l'alcool et le tabagisme sont régulièrement cités comme étant des thèmes à aborder.

On peut observer que l'outil préconisé comme étant le plus adéquat est le module (défini comme une série d'animations destinées à des groupes et développées en plusieurs séances), suivi par les conférences, les vidéos et les affiches.

70% des médecins pensent que le Comité de Sécurité et d'Hygiène serait intéressé à une participation à un programme de promotion de la santé. 37% des médecins pensent que la direction se montrerait intéressée.

32 % des médecins qui ont répondu estiment qu'un budget pourrait être prévu par l'entreprise, alors que 54% écartent cette possibilité.

Plusieurs médecins du travail nous ont signifié leur intérêt à nous rencontrer lors d'une journée de travail, qui permettrait de concevoir et définir les bases de la collaboration en vue de finaliser ce projet.

Perspectives

Le taux de réponses important à l'enquête auprès des médecins du travail, ainsi que les réponses démontrant des attentes positives et un souhait potentiel de participation à la mise au point de programmes, motivent une poursuite dynamique de cette approche.

En s'appuyant sur l'enquête, sur les données -notamment épidémiologiques- et les études coût-bénéfices récoltées, l'accent sera mis sur une thématique: la prévention des maux de dos. Un travail de synthèse sur cette problématique a dès lors été effectué par un médecin. Une brochure de sensibilisation du personnel est en cours d'écriture, un module d'animation est en préparation, un kinésithérapeute assure la conception d'un manuel d'animation.

Pour nous, ce thème sert de voie d'accès à l'entreprise. Mais notre objectif est double:

- avoir une action préventive efficace dans la problématique des maux de dos (action), en appliquant une démarche incluant éducation pour la santé, participation des différents acteurs de l'entreprise et, quand ce sera possible, action sur l'environnement professionnel;

- expérimenter une démarche, évaluer un processus d'implantation de programme de santé dans l'entreprise (recherche). Nous posons l'hypothèse que la mise au point de ce processus d'implantation permettra ultérieurement d'ouvrir la démarche à une approche plus globale de la santé.

D'autre part, nous visons la mise sur pied d'un groupe consultatif de médecins du travail, qui pourra remettre des avis sur les outils proposés, sur la méthodologie d'approche de l'entreprise et sur l'évaluation des actions menées.

Question Santé ■

risque le plus d'être touché par les critiques ou propositions de changement» (p. 10).

Mais, puisqu'il y a négociation et contrat, il ne suffit pas d'éclaircir les intérêts, stratégies et enjeux du demandeur. L'évaluateur doit aussi se demander quelle est sa propre marge de manoeuvre par rapport à l'évaluation du programme. A propos de l'analyse des besoins de formation, Etienne Bourgeois⁽¹¹⁾ distingue six variables qui peuvent affecter la marge de liberté de l'analyste. Ces mêmes variables peuvent être transposées dans le domaine de l'évaluation (et avec d'autant plus de justesse que l'auteur entend l'analyse des besoins comme une démarche d'évaluation de contexte):

1. *La position personnelle ou institutionnelle de l'évaluateur par rapport au demandeur*: plus l'analyste est lié à celui-ci (par un contrat d'emploi, par exemple), plus il sera lié à l'offre de formation.

2. *La position personnelle de l'évaluateur par rapport à l'offre de formation*: l'évaluateur peut investir affectivement, intellectuellement, professionnellement dans le programme (par exemple, s'il a été associé à la conception de celui-ci).

3. *Le degré d'ouverture de l'offre de formation*: plus celle-ci est fermée, élaborée et précise, plus l'analyse sera «balisée». En d'autres termes: l'offre de formation est-elle suffisamment ouverte pour que les résultats de l'évaluation soient susceptibles de l'affecter? D'autre part, dans quelle mesure une éventuelle modification induite par un tiers est-elle acceptable? Une part de la réponse est apportée par Coles & Grant⁽¹²⁾, qui recommandent d'impliquer dans le travail d'évaluation tous les acteurs concernés, le plus tôt possible et en continu. En particulier, ceux qui recevront les résultats de l'évaluation doivent être impliqués très tôt, afin de les préparer au changement.

4. *Les objectifs du demandeur sous-jacents à sa demande d'évaluation* (ceci a déjà été développé plus haut).

5. *Le cas échéant, la nature et les objectifs de l'organisme chargé de l'évaluation et sa position institutionnelle par rapport au demandeur*: lorsque l'évaluateur est employé par un organisme qui est lui-même offreur de formation, il peut être exposé à des pressions.

6. *Le temps et l'argent*: un budget trop limité, un planning trop serré peuvent hypothéquer la qualité de l'évaluation.

Cette analyse doit permettre de vérifier si une démarche d'évaluation suffisamment ouverte est possible. Bourgeois précise cependant que l'analyste ne pourra mesurer véritablement sa marge de manoeuvre que lorsqu'il aura fourni aux protagonistes - et particulièrement au demandeur - l'information la plus complète et la plus précise sur sa démarche et sur la portée réelle de celle-ci. Faute de quoi, l'évaluation risque de déboucher sur des propositions inacceptables, ou d'être tronquée afin de ne pas remettre en question les options ou les intérêts du demandeur ou des autres protagonistes.

Mon expérience a confirmé très nettement cette remarque. Les responsables - et la plupart des acteurs - ont tendance à considérer l'évaluation de manière manichéenne: soit elle est dangereuse (et doit être neutralisée), soit elle est utile (et doit rester inoffensive). Si l'évaluateur refuse de se laisser enfermer dans ce dilemme, il n'a plus qu'une possibilité: prendre le risque - à un moment qu'il choisira avec soin et en prenant tous les points d'appui possibles - de «mettre les points sur les b», c'est-à-dire de faire en sorte que les acteurs touchent du doigt le fait qu'il s'agit bien de changement dans cette affaire.

J'ai écrit «les acteurs» et non «le demandeur»: celui qui demande une évaluation a un pouvoir certain, mais d'autres acteurs peuvent avoir un pouvoir suffisant pour neutraliser les résultats de l'évaluation. Avec Barbier, il faut donc se demander qui définit les objectifs du programme, qui a le pouvoir d'agir en utilisant les résultats, etc. - c'est-à-dire qui sont, non les demandeurs, mais les décideurs. Il ne suffit pas d'impliquer formellement ceux qui ont un pouvoir (même officieux) de décision, il s'agit de leur «vendre» le projet d'évaluation pour qu'ils en deviennent parties prenantes.

Cela signifie aussi que l'évaluateur doit renoncer à avoir un contrôle total, non seulement sur les résultats, mais sur le processus même d'évaluation. Ce qui, d'un côté, est fort sain - chacun renonce à une part de son pouvoir - mais peut également se révéler très pervers - si certains acteurs détournent l'évaluation à leur unique profit... Eventualité sur laquelle l'évaluateur peut avoir une prise fort minime.

Que dire pour conclure? Premièrement, rappeler avec force et conviction que la finalité de l'évaluation est le changement. Par conséquent, le risque permanent n° 1 est que l'évaluation soit avant tout utilisée à démontrer, en respectant certaines formalités méthodologiques, qu'il ne faut rien changer, sinon des aspects secondaires du programme. Paradoxalement, ce risque ne diminue peut-être pas avec la professionnalisation de l'éducation pour la santé, et particulièrement avec l'apparition de titulaires d'une licence dans cette discipline.⁽¹³⁾ En effet, ces derniers sont, institutionnellement parlant, des acteurs parmi d'autres, avec leur position dans l'organisation, leurs intérêts, leurs enjeux, leur pouvoir, les rapports de force dans lesquels ils sont engagés. En outre, par leur formation universitaire et tout ce qu'elle charrie - compétence technique, crédibilité, scientificité... -, ils sont plus susceptibles que d'autres d'utiliser avec succès l'évaluation à des fins justificatives (du programme ou de leur propre fonction).

Deuxième conclusion: malgré mon «mauvais esprit», j'espère que ce qui précède aura montré la complexité des aspects institutionnels de l'évaluation, sans pour autant décourager les candidats évaluateurs! Car on apprend beaucoup en se lançant dans ce genre de projet: ce qui montre toute la portée formative que peut revêtir l'évaluation. Et, dans la mesure où celle-ci conduit à une *auto-évaluation* - à s'interroger sur soi, sur son rôle, sa place, son pouvoir, ses limites, les risques que l'on veut faire courir aux autres et ceux que l'on prend soi-même (y compris sur le plan de sa santé physique, psychique et sociale...) -, on se rend compte également que l'évaluation peut être une pratique à part entière d'éducation pour la santé.

Alain Cherbonnier ■

(11) BOURGEOIS, E., *L'analyse des besoins de formation dans les organisations: un modèle théorique et méthodologique*, Louvain-la-Neuve, UCL, FOPES Etudes 90/1, mars 1990, 37 p.

(12) COLES, C. R., GRANT, J. G., *Curriculum evaluation in medical and health-care education*, Medical Education, 1985, n° 19, pp. 405-422.

(13) J'utilise le terme «discipline» par commodité, bien que je considère l'éducation pour la santé comme un champ d'action sociale par essence pluridisciplinaire. Décidément, on n'échappe pas aux contradictions...

Les centres PMS et la santé des jeunes

PMS et vision interactionnelle de la prévention santé en milieu scolaire

Dans le cadre du travail de notre groupe de travail Prévention et Santé, il nous est apparu que les actions PMS en ce domaine sont efficaces si elles sont menées en concordance avec les besoins exprimés par les jeunes. Une enquête de la Croix-Rouge a cerné ces différents besoins (cfr Education Santé, n° 83 de 12/1993). Elle nous sert de trame pour élaborer ce texte dans lequel nous mettons en évidence notre souci d'y être attentif et la manière dont nous y répondons.

Quelles représentations les jeunes ont-ils de leur santé?

Les adolescents investissent la santé de valeurs positives (être en forme, être heureux, profiter de la vie,...). Des éléments qui, selon eux, participent à l'épanouissement de l'individu. Leur conception de la santé intègre immédiatement les dimensions physiques, affectives et sociales.

Il faut, d'après leurs réponses, à la fois avoir un bon moral, bien s'entendre avec les gens, avoir une bonne condition physique, vivre dans un environnement sain,... La santé est perçue par eux comme un équilibre dynamique en constante évolution.

Pour répondre à ces attentes, quelles stratégies le PMS peut-il envisager?

Privilégier une approche globale intégrant aussi bien des notions physiques que sociales, psychologiques et culturelles.

Cette approche demande une réflexion tridisciplinaire préalable pour mettre en oeuvre à long terme des actions positives prenant en compte tous les aspects de la personnalité du jeune. Les élèves demandent à être perçus comme partenaires responsables de leur propre capital de vie. L'enquête nous signale que le jeune attend un dialogue "qui respecte la liberté de chacun: à l'individu d'effectuer les choix qui lui semblent opportuns".

L'animateur est plus attendu comme une personne-ressource que comme un détenteur de savoirs, personne-ressource susceptible d'ouvrir un dialogue où les représentations personnelles de chacun pourront s'exprimer dans un climat de respect mutuel. Le jeune, suivant son vécu antérieur, a son propre schéma de pensée, ses motivations personnelles; une prévention qui n'en tiendrait pas compte pourrait être vouée à l'échec.

A titre indicatif, voici deux exemples de pratiques PMS dans ce domaine :

Clefs pour l'adolescence

Il s'agit d'une action de prévention pouvant s'échelonner sur toute une année, action menée conjointement avec l'enseignant. Les différents thèmes abordés portent notamment sur l'affirmation de soi, les liens familiaux, la résolution de conflits, l'expression de sentiments positifs et négatifs, par des techniques actives (jeux de rôle, scénario à préparer, projet de classe, etc).

Les jeunes ont constamment la possibilité de partager leurs représentations face aux sujets abordés. L'animateur ne donne pas de solution, il amène le jeune à réfléchir aux conséquences des choix qu'il serait amené à poser.

Animations concernant le passage du primaire vers le secondaire

Les agents PMS ont alors l'occasion d'aborder les représentations des élèves, leurs inquiétudes face à ce passage mais aussi leur projet de vie future en correspondance avec leurs aptitudes personnelles qu'ils arrivent à mieux identifier.

Quelles sont les valeurs défendues par les jeunes?

Les adolescents interrogés prônent le respect des valeurs humaines perçues comme autant de garants de l'épa-

nouissement de chacun, donc de bonne santé physique et mentale. Si l'autre compte beaucoup dans l'épanouissement de la personne, il n'en reste pas moins que le jeune veut, de façon prioritaire, se prendre en charge et se valoriser en donnant de lui une image de quelqu'un de fort, de résistant,...

Une prévention qui n'ouvrirait pas le débat sur les valeurs risquerait de se limiter à une simple information superficielle qui ne rejoindrait pas les objectifs des élèves.

Si, d'autre part, les messages transmis sont de type moralisateur, négatif et destinés à faire peur (ne s'appuyant donc pas sur des valeurs positives), le jeune peut même les entendre comme des défis susceptibles d'être relevés. Il pourrait y percevoir une façon de s'affirmer en prenant des risques supplémentaires capables de le valoriser aux yeux des autres.

Exemples de pratiques PMS abordant le thème des valeurs:

1. La prévention anti-drogue est abordée dans certains PMS sur le thème de l'engagement positif "pourquoi je choisis de vivre sans la drogue". Les animations sont réalisées à l'aide de diapos. Elles ouvrent la discussion sur l'engagement personnel du jeune et la verbalisation de ses valeurs positives (cfr Nouvelles, n° 18, page 15).

2. De nombreux PMS réalisent des actions en matière d'éducation affective et sexuelle. Les animations abordent généralement les thèmes de la fidélité, de la communication dans le couple, des attentes réciproques et de la responsabilité parentale.

3. La prévention de la violence au sein des écoles passe par des rencontres jeunes-PMS, au cours desquelles les jeunes ont l'occasion d'exprimer leurs angoisses face à la violence, leur révolte aussi, mais également leurs attentes. Comment négocier en cas de conflit? Quels sont les projets positifs à mettre en place dans l'école?

Nouvelle version pour Morbidat

Dans le cadre du Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique (CROSP) dont la mission est de gérer l'information sanitaire, un inventaire des principales banques de données existantes en Belgique en matière de morbidité, invalidité et limitations a été réalisé. Il est complété depuis cette année par un inventaire des indicateurs internationaux de santé publique, législation belge et directives européennes afférentes.

On peut interroger l'inventaire des principales banques de données existantes en Communautés française, flamande et sur le plan fédéral dans les domaines de la morbidité, l'invalidité et des handicaps, soit à partir des causes de morbidité, soit à partir du nom de l'institution qui produit la banque de données. La liste suivante des principales causes de morbidité a été sélectionnée d'après «La Santé pour tous en l'an 2000» de l'O.M.S.:

- les infections;
- les troubles de l'appareil locomoteur;
- les troubles cardio-vasculaires;
- le cancer;
- les troubles respiratoires;
- les troubles professionnels;

- les troubles mentaux;
- les pathologies bucco-dentaires;
- le diabète;
- les accidents;
- les pathologies materno-infantiles;
- l'invalidité, les handicaps et les limitations;
- les affections gastro-intestinales;
- les urgences.

La description de chaque banque de données est dressée, reprenant:

- les coordonnées du gestionnaire;
- les objectifs, le mode de récolte des données et les paramètres enregistrés;
- l'accès aux données et les publications éventuelles.

La seconde banque de données reprise sur Morbidat présente les indicateurs de santé publique et la législation belge ainsi que les directives européennes en matière de prévention et de promotion de la santé. Un menu permet d'accéder à l'information recherchée à l'aide des critères suivants:

- données socio-démographiques et macro-économiques;
- situation sanitaire;
- soins de santé appropriés;
- hygiène de l'environnement;

- promotion de la santé;
- études et statistiques.

L'information est aussi accessible à partir des buts de l'OMS, et une définition de ceux-ci est prévue dans la base de données.

Les données fournies seront des indicateurs internationaux, la législation nationale, la législation de la communauté flamande, la législation de la communauté française, la législation de la région ou émanant des institutions bruxelloises ou des directives européennes.

L'interrogation par mots-clés peut faciliter la recherche.

Les demandes d'informations émanant de l'OMS, de l'OCDE et de la FAO sont mentionnées, avec chaque fois le type d'indicateur, la fréquence des demandes, et la source d'information en Belgique (BISTEL, JUSTEL, ou le «Journal Officiel des Communautés»).

Renseignements: Maggy Labeau, I.H.E. - Département Epidémiologie, rue J. Wytsman 14, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/642.57.25. ■

Promotion de la santé en entreprises

Un projet-pilote

Le projet-pilote initial proposait de tester une approche spécifique de la prévention des risques de santé non-professionnels en entreprises. Il comportait plusieurs phases, réparties sur 3 ans.

L'objectif général était de développer un programme global de promotion de la santé en entreprise, permettant à long terme d'améliorer l'état de santé de la population active en Communauté française. Cet objectif implique notamment de mieux connaître le contexte de l'entreprise (acceptabilité de la part des responsables et du personnel), de sensibiliser et de développer l'intérêt des responsables d'entreprises pour la promotion de la santé, de mettre à leur disposition des outils via une approche globale basée sur

des interventions multiples d'éducation pour la santé, de susciter une demande au sein des entreprises pour auto-financer le projet. Par rapport au personnel, il s'agit de développer selon diverses thématiques les savoirs, savoir-être et savoir-faire.

Le budget octroyé par la Communauté française, 1.500.000 frs, est inférieur au financement initial demandé. Le cofinancement sollicité auprès d'autres pouvoirs publics (Union Européenne par exemple) n'a pas été obtenu.

Nous avons donc été amenés à redéfinir les objectifs intermédiaires et la planification du projet.

Recueil de données et inventaire

Le recueil de données préliminaire a été centré d'une part, sur la constitu-

tion d'un fichier de personnes et d'organisations spécialisées ou liées -directement ou indirectement- avec le domaine de la santé en entreprises, et d'autre part, sur la prise de contact avec des partenaires potentiels.

C'est ainsi que des contacts ont notamment été pris avec des structures aussi diverses que l'Association Nationale de Prévention des Accidents du Travail (ANPAT), des assurances comme Assubel, le Bureau International du Travail (BIT), des associations de médecins du travail, la Fédération des Entreprises de Belgique (FEB), la Leiden Universiteit, le pôle santé de Technopol@ Bruxelles...

Simultanément a été lancée la réalisation d'un inventaire d'actions existantes dans le domaine de la promotion de la santé (prévention

Le titre est éloquent: "Tu roules, tu bois pas. Tu bois, tu roules pas."

Les brasseurs offrent en garantie le label de la Confédération Nationale des Associations de Parents (CNAP). "Nous n'avons pas voulu faire les choses à la légère. Pendant plus d'un an, nous avons élaboré le contenu de ces brochures et nous les avons testées auprès de mouvements de jeunes, de professeurs, de pédagogues et de psychologues, pour trouver le ton juste, qui accroche suffisamment les jeunes et leurs parents."

Les documents ont pour but de favoriser la négociation entre parents et adolescents, d'établir une sorte de

contrat permettant de réagir dans le sens d'une plus grande sécurité dans une série de situations à risque.

Cela me semble assez bien vu. Toutefois, on peut s'interroger sur les motivations profondes du projet, et sur l'aspect éthique d'une prévention prise en charge par le secteur de l'industrie de la bière plutôt que par la communauté éducative. En effet, qu'on le veuille ou non, le fait même de focaliser le message sur le produit est une façon comme une autre d'en faire la promotion.

C'est peut-être même une stratégie bien étudiée de relance d'un produit dont la consommation tend à dimi-

huer lentement mais régulièrement dans les pays industrialisés.

L'OMS rappelle par ailleurs (communiqué 84 du 1er novembre 1994) qu' "il n'existe aucun seuil minimum en-dessous duquel on pourrait boire de l'alcool sans aucun risque". Cette déclaration de Hans Erblad, Directeur du Programme de Lutte contre les Toxicomanies de l'OMS, va évidemment à l'encontre des campagnes de plus en plus nombreuses valorisant une "consommation modérée".

CDB

Groupe Arnoldus, Grand'Place 10, 1000 Bruxelles. Tél.: 02/511.49.87. ■

Mieux choisir ses médicaments

Cette année encore, la Mutualité Socialiste propose la brochure "Médicaments, mieux choisir à moindre coût".

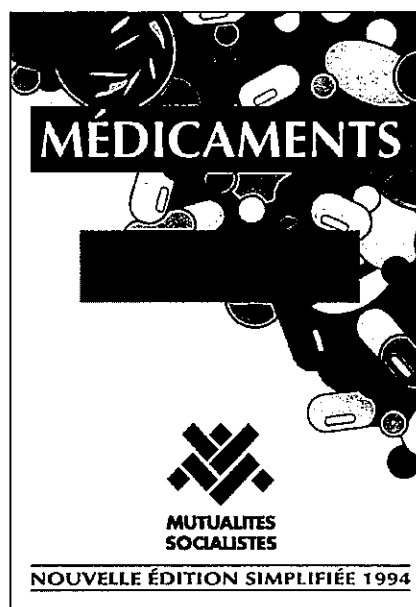
Son but est clair: "fournir aux patients une information comparative de synthèse, leur permettant dans certains cas d'économiser de l'argent sans modifier en quoi que ce soit la nature du traitement médicamenteux entrepris".

La première édition, examinée de façon spontanée par des groupes de consommateurs dans la région liégeoise, a permis de mettre en évidence quelques éléments qui posaient problème au niveau de la lisibilité, de la présentation et de la compréhension de certaines notions.

La maquette 94 remaniée a été pré-testée et, dès lors, un certain nombre d'améliorations ont pu être apportées à la nouvelle mouture, particulièrement en ce qui concerne l'accessibilité des tableaux et le volume des textes.

Ce guide renferme presque exclusivement des données chiffrées sous forme de tableaux. Ceux-ci nous apportent des informations concernant:

- le nom et la spécification du médicament financièrement le plus



avantageux, dans la série de produits identiques;

- le nom et la spécification des autres produits identiques;
- le prix plein;
- la quote-part personnelle ou ticket modérateur pour l'assuré ordinaire ou le VIPO préférentiel;
- les conditions de remboursement;
- le prix plein par unité;
- la nécessité d'une prescription.

Muni d'un tel outil, le patient est invité à demander un avis à propos d'un produit qui reviendrait moins cher, soit directement à son médecin, soit à son pharmacien.

Un fascicule d'accompagnement du guide existe aussi et sert davantage de support pédagogique au premier document. Il peut être obtenu à l'adresse ci-dessous.

La stratégie de diffusion, modifiée par rapport à l'année passée, inclut la possibilité d'avoir un contact avec le délégué de chaque section de la Mutualité. Les délégués ont reçu une formation spécifique à l'utilisation du document.

Il est à souligner par ailleurs qu'un exemplaire a été envoyé à chaque pharmacie et à chaque médecin généraliste du pays.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser au Service Promotion de la santé, U.N.M.S., rue St Jean n°32-38 à 1000 Bruxelles. ■

Comment les jeunes envisagent-ils les facteurs susceptibles d'améliorer leur santé?

Les jeunes, toujours d'après l'enquête, prônent d'abord la pratique de sports, la relaxation, la vie en plein air; le respect de certains rythmes de vie, "prendre soin de soi, s'accorder du temps, s'aérer".

D'après eux, l'essentiel est aussi de pouvoir communiquer, soit pour prévenir les problèmes, soit pour les résoudre. "C'est la solitude qui nuit le plus à la santé", "être triste, c'est être en mauvaise santé", "il est important d'être intégré dans un groupe".

Comment le PMS peut-il participer au développement de ces facteurs de santé?

Différentes pratiques PMS ont comme objectif l'intégration du jeune dans sa classe, dans son école (exemples: techniques prodas, ADVP, analyse transactionnelle, Clefs pour l'adolescence, méthode Gordon,...).

Concernant les rythmes de vie, la relaxation, le PMS a la possibilité d'encourager la pratique de techniques de psychomotricité au sein des écoles, d'espace de détente, de coin lecture, etc. Il participe aussi à des rencontres portant sur le cycle 5-8 avec le développement d'ateliers coopératifs auprès de jeunes d'âges différents.

Des animations dans certaines écoles ont comme thème le sommeil, la pratique de sports,...

Le PMS est parfois sollicité dans le cadre de la problématique de l'aménagement des rythmes scolaires.

Il est parfois amené à réfléchir avec l'équipe éducative quant à l'aménagement de cours de récréation, d'occupation de temps de midi, de cantines,...

Fiches pratiques self-help

Vous trouverez aux pages 37 et 38 la nouvelle présentation de la rubrique Entraide. Les informations sur les groupes de self-help vous seront dorénavant proposées sous la forme de fiches recto/verso de 8,5 cm sur 12.

De quoi vous permettre de vous constituer rapidement un fichier facile à utiliser!

Quels sont, pour les jeunes, leurs partenaires-santé?

La famille et les amis sont placés au premier rang de ceux dont ils attendent l'aide et l'écoute.

Les jeunes citent aussi leur professeur en tant que personne de confiance à qui on peut parler et qui aide à trouver des solutions.

Les échanges avec les jeunes doivent correspondre à une attente de leur part et s'intégrer dans les préoccupations et les intérêts du moment. (NB: il serait en effet inadéquat de prévoir une animation antibac dans une classe où un problème aigu de violence serait survenu la veille!).

D'où la nécessité ressentie de négocier à tous les niveaux avant de mettre sur pied une prévention:

- au niveau de l'équipe PMS;
- avec la direction de l'école;
- avec l'équipe éducative qui pourrait être associée étroitement au projet;
- et avec les classes concernées.

Y a-t-il adéquation entre la demande et l'offre? L'action va-t-elle s'inscrire dans une démarche avec des objectifs clairs à long terme?

Il est également intéressant de créer une cellule de réflexion avec le comité de parents et les différentes institutions partenaires qui gravitent autour de l'école.

Exemple, à titre indicatif, d'une action PMS où la négociation a été particulièrement élaborée:

"L'oreiller magique" (animation sur le sommeil) a été réalisé avec l'aide d'infirmières ONE, de partenaires PMS-IMS dans le cadre d'une région. La concertation s'est tenue au niveau de plusieurs équipes éducatives de l'école (1e primaire - 3e maternelle). La préparation a été menée conjointement avec les enseignants. Les enfants ont pu vivre l'expérience avec leur famille.

Autre exemple: certains PMS ont mis sur pied "la tasse de café hebdomadaire avec les mamans".

Celles-ci trouvent alors au sein de l'école un lieu privilégié d'écoute mutuelle. Ces actions peuvent déboucher à la demande des participants sur des actions plus ciblées en matière de prévention.

Dans les animations "clefs pour l'adolescence", plusieurs séances se déroulent avec des groupes de parents qui sont amenés à vivre des "animations-préventions" suivant les mêmes techniques de participation active que celles vécues par leurs enfants.

Conclusions

Les préoccupations PMS en matière de prévention tentent de rejoindre au maximum les interpellations des jeunes.

Ceux-ci demandent à être considérés aussi bien en tant que personnes physiques en cours de développement, que surtout en tant qu'êtres humains riches de représentations personnelles et en cheminement face à des tentatives de solution dans le domaine de la santé au sens large du terme (définition OMS de la santé).

Cette action PMS sera fructueuse si elle associe à sa réflexion les trois disciplines dans un projet négocié avec les différents interlocuteurs de terrain. Une analyse précise des besoins rencontrés orientera les projets à développer.

La méthodologie sera attentive à développer des méthodes actives, attrayantes, participatives où l'adulte est davantage l'animateur de groupe plutôt que "l'informateur éclairé".

Colette Broeders, Marie-Rose Legras, Jean-Luc Alexandre, pour le groupe de travail Prévention et Santé

Si vous désirez réagir à cet article, vous pouvez adresser vos remarques à la rédaction, ou à la Fédération des Centres PMS Libres, rue Philippe Baucq 18, 1040 Bruxelles. Le débat est ouvert... ■

Vaccination contre la grippe

La campagne 1994

Comme chaque automne depuis quelques années, de la mi-septembre à la mi-novembre, l'asbl Question Santé coordonne une campagne axée sur la promotion du vaccin contre la grippe.

La campagne, à laquelle Madame la Ministre-Présidente Laurette Onkelinx, chargée de la Promotion de la Santé, a accordé son appui, a pour but de sensibiliser les personnes de 60-65 ans et plus à l'importance d'une vaccination annuelle.

Le partenariat mis en place autour de cette action est large: à des degrés divers, nous assistons chaque année à une mobilisation de nombreux partenaires comme l'Association Pharmaceutique Belge, les services d'aide à domicile (CSD, Croix Jaune et Blanche, Services d'aides familiales...), des mutualités, des CPAS, des consultations hospitalières... De nombreux professionnels de la santé demandent le matériel de sensibilisation.

Cette mobilisation considérable a ainsi permis un accroissement de près de 100% en 5 ans du nombre de doses distribuées en Belgique: de ± 630 000 en 1989, on est passé à ± 1 200 000 en 1993.

Malheureusement, nous ne disposons pas de données précises quant à la répartition de ces doses parmi les personnes «à risques». C'est la raison pour laquelle, en collaboration avec l'Association Pharmaceutique Belge, nous avons établi un protocole d'étude via des pharmaciens «vigies». Ceux-ci auraient fait un relevé exhaustif et qualitatif des délivrances entre le 1er septembre et le 31 novembre. Un financement d'environ 300.000 frs était nécessaire, mais la demande de subvention introduite auprès du Ministère de la Santé (fédéral) a été refusée.

Pour rafraîchir les mémoires

Pourquoi les 60-65 ans et plus? Tout simplement parce que ces personnes constituent numériquement le principal groupe «à risques», les autres groupes étant constitués des per-

sonnes, dès l'âge de 6 mois, fragilisées par une maladie chronique telle qu'une affection cardiaque, pulmonaire, rénale ou diabétique. Chez ces personnes, la grippe peut occasionner des complications parfois graves, voire mortelles.

Le message à diffuser

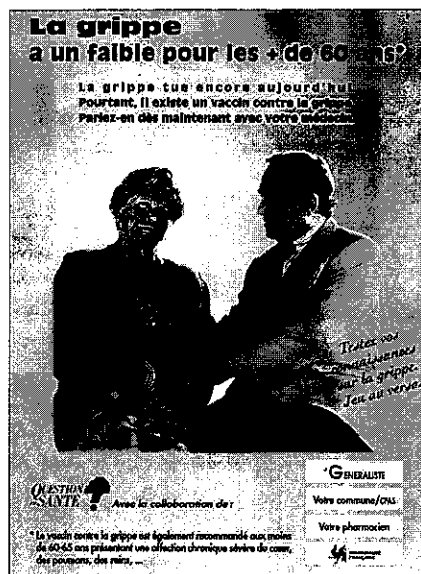
Il est d'une stabilité... décourageante, car il est particulièrement difficile de mobiliser l'attention du public et des médias sur un sujet aussi ressassé. Il convient de bien préciser un certain nombre d'éléments:

- la grippe peut être mortelle;
- la grippe est une infection différente des autres infections des voies respiratoires supérieures (l'expression populaire «être grippé» utilisée lorsqu'on est enrhumé banalise à tort la grippe);
- la grippe est causée par un virus;
- la grippe est contagieuse;
- les complications graves de la grippe sont plus fréquentes chez les personnes âgées;
- les complications graves de la grippe sont plus fréquentes chez les personnes souffrant de problèmes cardiaques, de maladies bronchiques ou pulmonaires chroniques, de diabète, de troubles immunitaires;
- il existe un vaccin contre la grippe;
- ce vaccin protège contre la grippe uniquement;
- le vaccin est nécessaire chaque année pour les personnes à risque.

1994: une nouvelle stratégie de communication

La campagne 1994 a été développée autour d'une nouvelle stratégie de communication (voir ci-dessous), qui se compose d'un spot télévisé, d'affiches et de dépliants.

Cette nouvelle approche recelait une difficulté. Les années précédentes, nous avons veillé à maintenir un ciblage le plus précis possible de la sensibilisation vers les groupes à risque. La télévision, moyen de communication de masse, nécessitait d'être très attentif afin d'éviter un effet de «conta-



mination» (si on peut dire) à des personnes non concernées par la nécessité de la vaccination contre la grippe. C'est la raison pour laquelle, tant dans la communication télévisée qu'écrite, les messages et les visuels sont redondants et attirent l'attention sur la cible des 60-65 ans et plus. Ainsi, le principal slogan de cette campagne signale: «la grippe a un faible pour les + de 60 ans».

Par ailleurs, si le spot a permis de sensibiliser le public des personnes de 60-65 ans et plus, il a également permis d'ancrer les premiers éléments de sensibilisation auprès d'un public plus jeune (les 50 ans et plus) mais qui, d'ici quelques années, constituera le public-cible. Un autre avantage potentiel réside en la multiplication de «relais de proximité» (enfants, petits-enfants, amis, voisins,...) qui peuvent encourager les personnes de 60-65 ans et plus à se faire vacciner.

Afin de maximiser la sensibilisation par les spots télévisés, des affiches (9.000) et des dépliants (190.000) ont été réalisés. Ces affiches et dépliants ont été mis à la disposition de tous les pharmaciens en Communauté française. Ils ont également été offerts aux CPAS, services de soins et d'aides à domicile, maisons médicales, maisons de revalidation et soins... Via l'hebdomadaire «Le Généraliste», ils ont aussi été proposés aux médecins généralistes.

Petit déjeuner à l'école

Le 28 octobre, se déroulait au Domaine «Le Rouveroy» une journée pédagogique à destination de la Direction, de la logopède, de la psychologue et des enseignants de l'école spéciale «La Source» de Soignies. Le sujet du jour était «L'école, lieu de promotion de la santé sur le thème du petit déjeuner».

À l'initiative de Jeunesse et Santé de la Mutualité Chrétienne de La Louvière, trois experts avaient été conviés pour ouvrir les débats: Anny Closset et Michel Marée de l'ICAN, ainsi que Monique Meyfroet, collaboratrice entre autres à Cultures et Santé et formatrice d'animateurs Jeunesse et Santé.

Monique Meyfroet a évoqué les aspects psycho-sociologiques de l'alimentation en tant que première relation concrète entre la mère et l'enfant, valeur affective de surcroît.

Il est dès lors plus facile de comprendre pourquoi la majorité des parents considèrent que l'alimentation, c'est leur affaire!

Malgré ce frein, Monique Meyfroet nous a fait part de cinq règles générales applicables à l'éducation nutritionnelle, pour avoir le plus de chances d'obtenir des changements:

- «On ne réussit pas à tous les coups. Souvent, les parents nous demanderont de quoi on se mêle!

- Quand on veut faire de l'éducation, il faut la faire de manière globale.

- On a tout intérêt à mener des actions coordonnées avec les intervenants qui ont des contacts avec les familles avant que l'enfant ne soit scolarisé.

- Si on veut changer les choses fondamentalement, il faut travailler à partir des représentations des parents».

Mais, comment les atteindre?

C'est principalement grâce à une attitude empathique et d'accueil des parents sur un mode positif que le dialogue pourra s'installer.

Dans une deuxième partie, Michel Marée, quant à lui, a fait un exposé «classique» à propos principalement des besoins nutritionnels et des dépenses énergétiques. Il a donc permis à certains de réactualiser utilement leurs connaissances mais bien plus de rectifier les préjugés véhiculés dans ce domaine.

Par ailleurs, Anny Closset a insisté sur le rôle croissant que l'école devra jouer en matière de santé et a communiqué les grandes caractéristiques de l'éducation nutritionnelle.

Tous deux ont tenté ensuite d'explorer quelle était la situation qui se vivait à «La Source» au sujet des repas et

quelles initiatives avaient été prises par les enseignants à propos du petit déjeuner. A ce niveau du débat plusieurs écueils et questions-problèmes ont été mis en évidence:

- pourquoi la situation du petit déjeuner fait-elle l'objet d'une journée pédagogique? Qui en a décidé ainsi? Quel est le problème repéré au niveau du public de l'école? Est-ce une priorité?

- quelle est la place et le rôle de l'école et donc de chaque enseignant par rapport à l'absence du petit déjeuner pris quotidiennement par les enfants? Faut-il se substituer à la famille (famille souvent déjà assistée) et offrir aux enfants ce repas au sein de l'école?

- plus globalement, qu'est-ce que l'école met en place pour favoriser dans ses murs l'équilibre alimentaire des autres repas de la journée (10 h et midi)?

Malheureusement, le débat n'a pas pu prendre toute l'ampleur qu'il méritait étant donné principalement la non-réceptivité de la plupart des enseignants présents. En effet, peu ou pas demandeurs de cette formation, ils percevaient mal leur mandat et leur apport dans ce processus de changement en matière de petit déjeuner et déploieraient de plus l'absence, ce jour, du personnel de cuisine.

Christine Doucet ■

A consommer avec modération?

«Une bière brassée avec savoir se déguste avec sagesse».

Qui contestera ce sympathique slogan émanant du Groupe Arnoldus?

Le Groupe Arnoldus a été créé récemment par les brasseurs belges (1) pour, je cite, lutter contre l'abus d'alcool, par le biais de la prévention, et promouvoir une consommation responsable de la bière. J'entends déjà les esprits chagrins douter de la sincé-

rité du projet, émanant de gens dont l'intérêt premier est au contraire que les gens consomment de la bière sans trop de modération.

Mais laissons d'abord la parole à la défense.

L'outil principal proposé par Arnoldus est composé de deux brochures complémentaires sur le thème de la consommation d'alcool et de la sécurité routière. L'une vise les adoles-

cents, l'autre les parents. Ces documents proposent un «guide de dialogue», des exemples et conseils concrets pour bâtir une relation de confiance portant sur «boire ou conduire».

(1) Ne pas confondre avec le «Forum pour la consommation responsable de boissons alcoolisées», qui regroupe d'autres producteurs d'alcool. Voir notre article «Culture alcoolique», Education Santé n° 85, mars 94, pp. 27-28.

Fruits et légumes à l'école

Les fruits et les légumes ainsi que les aliments riches en fibres sont un trésor pour notre santé. Grâce aux éléments protecteurs qu'ils renferment (vitamines A, C et E et les fibres alimentaires), les individus qui en consomment davantage ont un risque de cancer moindre.

Les habitudes alimentaires doivent s'instaurer dès le plus jeune âge. Il est donc important dans les écoles de veiller à offrir aux enfants une alimentation variée et riche en fruits et légumes.

Afin d'évaluer la situation dans les écoles fondamentales, l'ICAN (Institut Communautaire de l'Alimentation et de la Nutrition) a réalisé un questionnaire envoyé dans les 2057 écoles de la Communauté française. Les résultats ne sont guère réjouissants.

La consommation de fruits et légumes chez nous est insuffisante. Les écoles ne proposent pas assez de produits «frais» comme collation, et fruits et légumes ne sont pas assez souvent au programme des repas chauds.

Ainsi, la distribution de fruits frais est excessivement faible : 5% des écoles distribuent des fruits aux collations et 27% de celles qui organisent un repas chaud ne proposent jamais de fruits crus en guise de dessert.

Les collations le plus souvent distribuées contiennent une teneur importante en sucres simples et en matière grasses : 37 % des écoles distribuent des pâtisseries et plus d'un quart d'entre elles des snacks sucrés.

D'autre part, les jus de fruits sont peu distribués lors du repas de midi : 11% pour le repas tartines et 12 % pour le repas chaud.

Au vu de ces résultats, l'ICAN a mis sur pied un vaste concours destiné aux écoles fondamentales de l'ensemble de la Communauté française. Objectif : au sein des écoles, améliorer la consommation de fruits et de légumes et autres aliments riches en fibres, et susciter des projets d'éducation nutritionnelle de qualité, centrés sur une consommation accrue de ces produits.

Cette action se place dans le cadre du programme de l'Europe contre le cancer, dont nous vous rappelons le thème de cette année : une consommation accrue de fruits et de légumes.

Vous êtes intéressés par le concours? Vous obtiendrez toutes les informations nécessaires à l'ICAN, Quai du Barbou 4, 4020 Liège. Tél.: 041/44.78.25.

Saint-Gilles n'a pas attendu...

Certaines écoles de Saint-Gilles n'ont pas attendu le concours de l'ICAN pour mettre les fruits et légumes à l'honneur dans leur établissement.

Le projet «Arts d'écoles, créations artistico-pédagogiques pour une alimentation saine» a déjà démarré à titre «préliminaire et expérimental» dans 3 classes d'élèves de Saint-Gilles : la 3ème maternelle de l'Athénée Royal Paul Delvaux, la 4ème primaire des Filles de Marie, et la 5ème primaire de l'école Peter Pan.

Un «parcours presse» nous a permis de constater l'imagination débordante dont ont fait preuve les enseignants et les élèves dans leurs travaux.

A l'Institut des Filles de Marie, les enfants ont découvert l'art dramatique en même temps que les fruits et les légumes. Chaque enfant s'est approprié un fruit ou un légume et lui a donné vie. Il lui a construit une biographie et s'est imaginé dans sa peau. A travers de courtes scènes, les élèves ont imaginé la rencontre entre les divers aliments et créé des dialogues humoristiques. Les enfants se sont costumés et maquillés de manière à ressembler à leur personnage. Une chanson clôturait ce mini-spectacle, rappelant l'utilité des fruits et des légumes dans l'alimentation.

La réalisation de ce spectacle était l'occasion pour les enfants de découvrir les particularités des différents fruits/légumes traités. Ce thème était aussi à la base de recherches en vocabulaire et en français, en mathématiques, en activités d'éveil ou de per-

ceptions sensorielles (goût, couleur, chansons,...). Le jeu des saynètes faisait largement appel à l'émotionnel, puisque les personnages étaient choisis en fonction de la personnalité des enfants.

Les élèves de l'école Peter Pan ont développé ce même thème des fruits et légumes à travers l'art plastique. Ces produits ont été envisagés sous tous leurs aspects : forme, couleur, transformation dans le temps, possibilités de créations à partir du modèle.

L'art plastique s'est révélé très intimement lié à l'aspect pédagogique, puisqu'au travers des réalisations ont été envisagés l'évolution du fruit ou du légume avec le temps, le cycle de l'aliment, de la chaîne alimentaire et du travail humain par le biais de l'observation de traces, de déchets, des caisses accumulées au marché. Les enfants ont aussi eu l'occasion de s'approprier un fruit et de se déguiser pour lui ressembler.

Le travail avec les plus jeunes a fait appel à la manipulation et à l'art plastique. Les enfants de troisième maternelle de l'Athénée Royal Paul Delvaux ont observé et reproduit le tracé d'un fruit roulant sur une feuille de papier. La forme de la pomme a donné l'occasion de rechercher d'autres objets ronds, l'intérieur de la pomme et du chou permet de découvrir les notions «intérieur/extérieur».

Les enfants ont également eu l'occasion d'aller au marché et d'en ramener chacun un légume.

A travers ces expériences bien sympathiques, les enfants ont pu découvrir en s'amusant les fruits et les légumes, de manière plus ou moins approfondie et adaptée à leur âge. Chouette!

Pour tout renseignement: ZEP Saint-Gilles, chaussée de Waterloo 255/1, 1060 Bruxelles.

Fabienne Evens ■

Les coulisses de la campagne "Grippe 94"

La première question à laquelle on est confronté lorsqu'il s'agit de concevoir ou d'imaginer un spot télévisé est l'angle d'approche que l'on va utiliser pour toucher efficacement le public. Va-t-on privilégier l'humour, le message "coup de poing", l'émotion, l'argument d'autorité,...

Difficile d'avoir d'emblée une réponse tranchée sur la question. Les différentes formules ayant chacune leurs avantages et leurs inconvénients.

Le pré-test

Pour la grippe, nous avons réalisé un pré-test auprès de plusieurs groupes de personnes âgées. Pour ce faire, nous avons sélectionné deux scénarii assez différents l'un de l'autre, que nous avons réalisés en vidéo légère.

Le premier scénario jouait sur le côté émotionnel, en accroche, et sur l'argument d'autorité en deuxième partie de spot.

Un enfant avait l'habitude de jouer avec sa grand-mère tous les mercredis après-midi. Or un jour, s'apprêtant à venir jouer avec elle, il constate, avec désarroi que le fauteuil est vide. Sa maman lui explique que mamy a attrapé une méchante grippe et qu'elle ne pourra pas jouer avec lui cette semaine.

L'intérêt de cette approche était de valoriser le rôle des grands-parents auprès de leurs petits-enfants. Le message implicite était : "Si vous vous étiez fait vacciner contre la grippe, vous auriez pu continuer à jouer avec vos petits-enfants". L'argument d'autorité était illustré par un médecin argumentant l'importance du vaccin pour les personnes âgées et les personnes à risques.

L'autre version testée était d'un tout autre genre. Un écran noir sur lequel défilait, comme sur un téléscripteur, un message assez alarmiste sur la grippe. Le message implicite étant, cette fois : "On a trop souvent tendance à minimiser l'importance d'une grippe, alors que la grippe peut entraîner chez les personnes plus âgées et les personnes à risques des complications graves, voire mortelles".

Résultats du pré-test

Les résultats du test ont démontré que si la version "émotionnelle" était a priori assez "séduisante", elle ne délivrait pas un message univoque, assez fort pour que les gens fassent le pas d'aller se faire vacciner. D'autre part, de nombreuses personnes âgées du groupe test faisaient remarquer qu'elles ne se sentaient que peu concernées : notamment parce que n'étant pas grand-parent, ou étant du sexe masculin.

Par contre, l'autre version, beaucoup plus "choc", était percutante, mais les gens la trouvaient un peu trop dure et aride, ce qui avait pour conséquence que l'inertie engendrée par la première version semblait remplacée par un blocage devant cette version.

Un autre résultat du test a été de mettre en évidence l'importance de l'argument d'autorité, à travers la présence d'un médecin.

Sur base de ces résultats, nous avons retravaillé les éléments les plus marquants dans les deux versions, pour arriver à toucher la corde sensible des personnes âgées tout en les poussant à agir.

Le spot final

La formule finale a donc été de coupler une approche émotionnelle avec un approche plus "coup de poing".

Les premières images du spot représentent une foule en mouvement. La caméra nous montre des visages anonymes dans la foule et une voix off nous dit : "Et vous? et vous? et vous? Savez-vous que la grippe tue encore aujourd'hui?"

Un pavé de texte apparaît en même temps sur l'écran, reprenant la dernière partie de la phrase : "La grippe tue encore aujourd'hui".

Ensuite on passe à l'argument d'autorité : on voit en gros plan les mains d'un médecin auscultant une patiente, accompagnées d'une voix off : "La grippe n'est pas une petite maladie. A partir de 60 ans elle peut entraîner des complications graves qui peuvent parfois être mortelles."

Un pavé de texte apparaît ensuite : "Et vous, êtes-vous vacciné?"

Puis le spot continue avec un gros plan sur les visages du couple, en visi-

te chez le médecin, avec en voix off : "N'oubliez pas, la grippe a un faible pour les plus de 60 ans. Alors, un bon conseil, faites-vous vacciner. Un dépliant vous attend chez votre pharmacien." Cette voix off est renforcée par un pavé de texte sur l'écran : "La grippe a un faible pour les + de 60 ans".

Le côté émotionnel a, de plus, été renforcé par l'utilisation du ralenti dans les plans de foule du début, par une musique assez "sourde" et par l'utilisation de gros plans. Les pavés de texte apparaissant sur écran ajoutent un effet "mobilisateur".

Enfin, pour laisser la possibilité aux gens de recréer leur propre imaginaire, ce qui est essentiel pour qu'ils s'identifient au message, on a veillé à suggérer plutôt qu'à préciser l'ambiance. Le noir et blanc à la place de la couleur, les ellipses à la place de plans continus, des mains auscultant le dos d'une patiente à la place de la tête d'un médecin,...

Les trois ingrédients du spot

La technique utilisée dans ce spot se résume donc comme suit :

1. Une accroche basée sur le suspense ("Et vous, et vous, et vous...?") et l'émotionnel (ralenti, musique,...) pour capter l'attention et créer une "ouverture" pour la réception du message par les téléspectateurs.
2. Des pavés de texte-choc ("La grippe tue encore aujourd'hui",...) pour faire passer un message univoque.
3. Un argument d'autorité (la voix off durant les gestes médicaux) pour crédibiliser le message et donner un conseil précis permettant d'agir.

Diffusion du spot

Ce spot de 30' a été diffusé 27 fois sur RTL-TVI en Communauté française du 15 au 30 septembre 94.

Cela représente une moyenne d'environ 2 passages par jour. Les choix des tranches horaires a été facilité par le fait que les personnes âgées sont de grosses consommatrices de télévision. Il est donc possible d'acheter des espaces à midi ou en avant-soirée, ce qui permet de baisser substantiellement les coûts, étant donné que ces espaces sont moins chers que ceux loués à l'heure de grande écoute.

Question Santé ■

Tabac : la grande enquête

La 9ème Conférence Mondiale sur le Tabac et la Santé s'est tenue à Paris du 10 au 14 octobre 1994. Comme toujours, réunir plus de 1.300 participants venant de plus de 75 pays relève de la gageure et l'organisation simultanée de dix ateliers impose toujours un choix très difficile dans le chef des participants.

Ceci étant dit, cette Conférence a permis à deux chercheurs renommés, les Professeurs Doll et Peto, de l'Université d'Oxford, de faire part de leurs recherches concernant l'étude pendant plus de 40 ans d'une population de 30.000 médecins britanniques.

Il s'agit de la plus vaste étude jamais menée sur le tabagisme.

34.439 hommes, tous médecins, suivis pendant 40 ans, voilà assurément un échantillon gigantesque, à la base d'une étude épidémiologique d'une ampleur inusitée sur le tabagisme.

Les résultats complets ont été rendus publics à l'occasion de la Conférence. Ils sont édifiants.

En 1951, plus de 40.000 médecins britanniques répondaient à un questionnaire de consommation de tabac. Les responsables de l'étude ont mis de côté les 6.000 femmes dont la consommation de tabac à l'époque était trop faible pour être significative.

Faits

La courbe de mortalité des 34.000 hommes a fait l'objet d'un suivi jusqu'en 1991, date à laquelle 20.000 d'entre eux étaient décédés.

Sur les 54 causes de décès recensées (accidents, suicides ou maladies), les auteurs ont dénombré 25 maladies directement liées à la consommation de tabac; 17 types de cancers ont été ainsi inventoriés, de celui du rein à la leucémie, qui ont fait 14 fois plus de victimes chez les fumeurs que chez les non-fumeurs.

On ne s'étonnera pas de trouver 17 fois plus de fumeurs que de non-fumeurs qui ont succombé à un cancer du poumon. Ou encore, 15 fois plus de victimes de cancer des voies respiratoires supérieures, de l'oesophage ou du poumon chez les grands fumeurs.

De même, il y a 3,5 fois plus de victimes de cancer du rectum chez les fumeurs; les maladies respiratoires font aussi 8 fois plus de victimes que chez les non-fumeurs.

Un autre fait étonnant est que l'impact du tabagisme est encore plus grand sur les maladies cardio-vasculaires: plus de 10.000 fumeurs ont succombé contre seulement un millier de non-fumeurs.

L'impact dévastateur du tabac se retrouve également dans l'ulcère de l'estomac: 3 fois plus de victimes parmi les fumeurs et de manière encore plus nette dans la cirrhose du foie, 5 fois plus.

Sur les 25 maladies mortelles, les auteurs du rapport ne trouvent des circonstances atténuantes au tabac que dans un seul cas à savoir le ralentissement de la progression de la maladie de Parkinson.

Verdict

A 35 ans passés, la mortalité chez ceux qui n'ont pas arrêté de fumer est deux fois plus élevée que chez ceux qui n'ont jamais fumé.

Les fumeurs meurent en moyenne 7 ans et demi plus tôt. Pour les gros consommateurs, l'écart passe à 10 ans. Mauvaise nouvelle pour les adeptes du «light», leur courbe de mortalité ne diffère guère de celle des adeptes des tabacs «forts».

Question

Peut-on être sûr, à partir d'indices qui ne sont après tout que des statistiques, du lien de cause à effet entre tabac et décès?

Réponse de Richard Doll: il n'y a aucun doute, non seulement parce que ces statistiques effrayantes recourent d'autres informations médicales, mais aussi parce qu'elles sont d'une ampleur considérable et sont constatées sur une durée telle qu'on peut éliminer la part du hasard.

La disparité des évolutions entre fumeurs et non-fumeurs est extrêmement nette.

Espoir

En outre l'arrêt de la consommation a un effet visible. C'est l'autre enseignement révolutionnaire de cette étude, poursuit le Professeur Doll.

Toute personne qui s'arrête de fumer en tire profit, même à 70 ans. En réalité, ceux qui s'arrêtent de fumer entre 45 et 64 ans parviennent à éviter la plupart des gros risques occasionnés par le tabagisme.

Mieux vaut tard que jamais donc! Mais mieux vaut encore tôt que tard!

En effet, la courbe de mortalité de ceux qui ont arrêté avant 35 ans est pratiquement la même que celle des non-fumeurs.

Pour ceux qui se sont arrêtés ultérieurement, elle se situe à mi-chemin.

En 1991, au terme de l'étude, 10.000 des 14.000 médecins encore vivants ont répondu à un dernier questionnaire: 6.500 avaient arrêté de fumer et 2.400 n'avaient jamais fumé.

Ceux qui n'ont pas cessé de fumer la pipe ou le cigare étaient encore au nombre de 1.200 mais les impénitents de la cigarette n'étaient plus que 739.

Cibles nouvelles

Un autre sujet éminemment développé au cours de cette Conférence mondiale concerne les femmes et les pays pauvres en première ligne.

Sur le fond, cette 9ème Conférence n'a rien révélé qu'on ne sache déjà.

Qui peut encore ignorer que le tabagisme avec son cortège de maladies en tout genre est une catastrophe pour la santé?

Qui ne sait que la consommation de tabac réduit de 10 ans en moyenne l'espérance de vie? On dit aussi que ce fléau, qui tue 3.000.000 de personnes par an dans le monde constitue la plus grande épidémie actuelle.

C'est en revanche sur la forme que prend aujourd'hui cette «pandémie» et sur les moyens de l'endiguer que la Conférence entendait être plus précise. On verra donc que le tabagisme s'étend à des tranches d'âge et des régions longtemps épargnées: les très

La surprise

La journée n'était pas finie, puisqu'en guise de cerise sur le gâteau, nous avons eu droit à une séance «pour de vrai» de théâtre-forum. La Compagnie du Brocoli nous a invités à participer activement à l'animation «Une soirée qui capote».

Le principe est le suivant: après une première présentation d'une scène jouée par des acteurs, les spectateurs

sont invités à la rejouer en prenant quand ils le souhaitent la place des comédiens. Le résultat est évidemment différent, et le public construit ainsi un «autre» spectacle où ses désirs, ses angoisses, ses attentes peuvent s'exprimer à loisir. Un joker est là pour garder un minimum de cohérence à l'animation.

Destiné plutôt aux adolescents, cet outil de prévention du sida, dont la finalité est plus pédagogique qu'artistique, est

d'une redoutable efficacité, je peux en témoigner pour avoir vu comme un public d'adultes y était déjà réceptif.

Un moment fort d'une journée très réussie!

Christian De Bock

Pour toutes informations complémentaires sur le Réseau, vous pouvez contacter André Lufin, Croix-Rouge de Belgique, Place Brugmann 29, 1060 Bruxelles. Tél.: 02/346.02.37. ■

Enfance et santé

Le stand à la foire d'automne de Liège

Comme en 1993, le Cabinet de la Ministre Présidente du Gouvernement de la Communauté française souhaitait présenter un stand «promotion de la santé» à la foire d'automne de Liège.

Sur proposition du Centre de Coordination Communautaire, le Cabinet a décidé que les CLC situées sur le territoire concerné à savoir celles de Huy-Waremme, Liège et Verviers, seraient chargées de gérer ce stand.

Le thème choisi pour cette année était «enfance et santé».

Deux axes de travail ont été développés sur le stand: l'information et l'animation.

L'information

Deux types de matériel pouvaient être présentés au niveau du stand. Celui-ci a donc été divisé en deux parties clairement identifiées.

La première était destinée au grand public. Les CLC y avaient rassemblé (en faisant notamment appel aux services agréés...) des documents (folder, affiches, kit, brochures...) que les personnes pouvaient emporter.

L'autre partie était destinée aux relais en éducation pour la santé (travailleur social, enseignant, professionnel de la santé, animateur socio-culturel,

membre d'un groupement...). Les CLC y avaient organisé la présentation de dossiers pédagogiques, coffrets didactiques, matériel d'information... provenant de différents services agréés ou non. Les relais pouvaient consulter les documents et s'adresser ensuite aux CLC pour plus de renseignements.

Les CLC ont assuré une permanence afin de pouvoir répondre aux demandes. Dans ce cadre, elles ont pu apporter une réponse immédiate à 150 demandes de relais (orientation vers un service, commandes de documents, conseils...).

Les CLC ont pris note de 100 autres demandes auxquelles une suite a été donnée après la foire (recherche d'autres documents, compléments d'informations, mise en place d'un projet...).

80 % des contacts pris concernaient la CLC de l'arrondissement de Liège.

Par ailleurs, les CLC ont noté les coordonnées des différents relais avec lesquels elles avaient eu un échange de façon à pouvoir les intégrer dans leur fichier d'adresses.

Les «non-professionnels» («grand public») qui se sont arrêtés sur le stand n'ont pu être répertoriés. Cependant, les quelques demandes qui n'ont pas pu être satisfaites ont été notées et prises en charge après la foire.

L'animation

Deux animatrices proposaient aux enfants de venir s'exprimer sur leurs perceptions de la santé. Elles veillaient à ce que chacun puisse quitter le stand avec une vision globale du concept de santé, et ce quel que soit le point de départ de l'enfant et éventuellement de l'adulte l'accompagnant.

Les supports pour permettre cette expression étaient le dessin, des questions-guides (éventuellement) et le dialogue.

Le jeune public avait également à sa disposition deux ordinateurs sur lesquels tournaient 3 logiciels éducatifs, un sur l'hygiène bucco-dentaire (8 à 10 ans), un concernant les MST (13 à 16 ans) et un relatif à la prévention des toxicomanies (13 à 16 ans). Les jeux se déroulaient sous la supervision des animatrices.

Environ 500 enfants ont ainsi été reçus.

Une vidéo fournie par le Cabinet et portant sur la politique de la petite enfance de la Communauté française tournait en permanence.

Enfin, grâce aux réponses positives de certains sponsors, les animatrices ont aussi pu donner aux enfants des briquettes de lait ou d'eau.

G. Houbiers, CLC Verviers, B. Dadoumont, CLC Huy-Waremme, et C. Lafontaine, CLC Liège ■

■ Une journée d'échanges des écoles en santé

Le 13 octobre dernier, la Croix-Rouge de Belgique organisait dans les locaux de la Communauté française une journée d'échanges pour dresser un premier bilan de l'implantation en Belgique francophone du Réseau Européen des Ecoles en Santé (voir Education Santé n°86 du mois d'avril).

D'autres objectifs étaient visés: réunir un groupe volontairement hétérogène (c'est précisément ce qui fait sa richesse) composé d'enseignants, de directeurs d'écoles, d'agents PMS, de parents et d'élèves; informer les participants par un contact direct sur les activités du Réseau en Flandre, dans le Nord de la France et au Grand-Duché de Luxembourg; renforcer les premiers liens tissés à l'intérieur du réseau.

Le Réseau chez nos voisins

La matinée a été consacrée à la présentation de la philosophie d'action et de certaines activités concrètes de partenaires du Réseau européen.

Ainsi, nous avons été séduits par l'approche de José Remy, proviseur d'un lycée technique à Wattrelos (France). Travaillant dans un environnement difficile, connaissant des problèmes de toxicomanie et de violence, l'équipe n'est pas tombée dans le piège d'une éducation pour la santé traditionnelle, axée sur une parcellisation des thèmes guère en prise sur la réalité.

L'option est ici de mettre l'accent sur la promotion du bien-être plutôt que sur des problèmes ponctuels à résoudre, même s'il y a parfois urgence (mais la précipitation dans l'intervention est rarement bonne conseillère).

L'intervention s'appuie sur un décodage assez fin de l'école comme lieu de vie, avec un espace et un temps spécifiques à gérer, avec une histoire individuelle, avec ses réseaux de communication interne et externe. Le travail essentiel est de promouvoir les capacités, de (re)construire l'estime de soi de jeunes qui traînent déjà un lourd passé d'échec dans l'enseignement général.

Si on applique ces principes, on trouvera par exemple qu'il est plus intéressant pour aborder le problème de l'absentéisme (très important dans l'enseignement technique et professionnel) de réfléchir avec les élèves au sens de l'apprentissage scolaire plutôt que de faire contrôler les journaux de classe en rue par la police...

Bref, c'était passionnant.

Je n'en dirai pas autant de la présentation par Roland Kauffman du Réseau au Grand-Duché. Alors que son prédécesseur nous faisait part de ses interrogations, lui nous a plutôt asséné des certitudes. Comme il le dit, avec humour sans doute mais il le dit quand même: "Il n'y a pas de problème, il n'y a que des solutions. Et si on ne trouve pas de solution, on supprime le problème!" Brrr... Ca donne froid dans le dos.

Nous avons donc eu droit à un exposé magistral, impressionnant au premier abord, plutôt fermé, sur l'organisation très structurée de l'éducation pour la santé au Luxembourg, de la maternelle au secondaire, sur le mode du curriculum en spirale qui permet de revenir d'une année à l'autre sur le sujet et de renforcer les acquis.

J'espère au moins que ça marche!

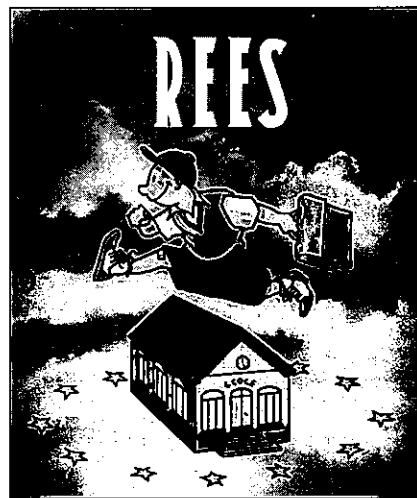
Comme il n'était physiquement possible de ne suivre que deux intervenants, je ne peux vous dire grand chose de la présentation par Leen van Straeten du Réseau en Flandre. Sachez toutefois qu'il est géré par une asbl, Proges (Vereniging voor Promotie van Gezondheid op School - Association pour la Promotion de la Santé à l'Ecole), qu'il a démarré un an et demi avant celui de la Communauté française, et que ses responsables insistent sur la globalité de leur approche et la volonté de favoriser une "bonne atmosphère" à l'école.

Le projet regroupe 12 établissements, six écoles primaires et six secondaires. Il veille à valoriser des actions à trois niveaux:

- dans la classe, cours de prévention divers (banal);
- certains changements peuvent s'avérer nécessaires dans la politique de l'école (plus intéressant et délicat);
- l'environnement de l'école doit être pris en compte, en particulier le travail avec les IMS-PMS et les parents.

Le Réseau en Communauté française

L'après-midi, André Lufin nous a informés de l'état d'avancement du Réseau dans notre Communauté. Son intervention résumait le document "Premier bilan - octobre 93 - octobre 94", auquel nous renvoyons le lecteur intéressé. Il y trouvera une description du processus de sélection des écoles-pilotes, une analyse des motivations des écoles participantes, et une présentation de la mise en place concrète du Réseau: réunions d'information, constitutions des équipes, analyse de la situation 'santé' dans chaque école, proposition de priorités et d'actions.



Geneviève Houlioux nous a enfin présenté les "projets d'école", dont les intentions sont des plus louables: trouver un thème fédérateur, sortir du modèle bio-médical, établir un projet d'établissement, et, last but not least, favoriser la participation des élèves.

jeunes adolescents, les femmes, l'Europe de l'Est, l'Asie et l'Afrique.

On apprendra, n'en déplaise aux pourfendeurs de l'hygiénisme, que les Américains estiment à 3.000 morts par an les victimes du tabagisme passif. Que chaque semaine en France, 10.000 jeunes commencent à fumer et que les publicités des firmes sont particulièrement ciblées sur ce créneau.

Sur tous ces points et bien d'autres, comme les aspects économiques et les meilleurs moyens d'arrêter de fumer, cette Conférence organisée sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé a apporté des informations propres à décourager, en théorie du moins, le plus endurci des fumeurs.

On y a appris aussi que les pays qui ont mis au point une stratégie rationnelle de lutte contre le tabac commencent à en recueillir les fruits.

Les programmes développés dans les années 1960 en Grande-Bretagne ou en Finlande, pour ne citer que les plus connus, ont abouti à une diminution nette de la consommation et, 20 ans plus tard, débouchent sur une baisse de la mortalité par cancer des poumons.

Les pays pauvres sont désormais les plus exposés au tabagisme.

C'est parmi les personnes à faible niveau d'éducation et à revenu très bas qu'on trouve maintenant le plus grand nombre de fumeurs. L'image du fumeur a d'ailleurs changé. Il n'y a plus que pour les jeunes que la cigarette reste «chic» et que fumer rime encore avec «maturité et autorité».

Cette image négative désormais associée à la cigarette est en partie du moins responsable de la baisse de la consommation et de la mortalité qu'on observe aux Etats-Unis et ailleurs chez les hommes qui pendant des siècles ont formé le gros des troupes de fumeurs.

La féminisation des consommateurs est donc la marque des pays développés, mais même dans ces pays, c'est encore parmi les femmes les moins favorisées qu'on trouve la majorité de nouvelles fumeuses. Dans les pays moins évolués, les distributeurs ont très bien perçu que chez les femmes, la cigarette est aussi, sinon avant tout,

un instrument d'émancipation: le lancement des cigarettes légères s'inscrit dans cette stratégie. Le résultat est parlant: 500.000 femmes meurent chaque année pour cause de tabagisme et aux Etats-Unis le cancer du poumon a détrôné le cancer du sein au sinistre «hit parade» des cancers féminins.

L'Europe de l'Est n'en est pas encore à ce stade. L'OMS estime qu'on pourrait y éviter la moitié des décès avant 60 ans en contrôlant la consommation de tabac qui y a explosé en quelques années.

Même chose dans des proportions moins catastrophiques dans le Maghreb, au Moyen-Orient, en Asie, en Afrique et depuis longtemps déjà en Amérique latine.

Lentement mais sûrement, ces pays dont certains sont aussi les plus grands producteurs de tabac de la planète, introduisent des programmes d'éducation pour la santé dont on ne peut espérer des résultats avant la deuxième décennie du siècle prochain.

Courage, le bout du tunnel n'est pas loin!

Tout pourtant n'est pas aussi tragiquement simple. Ceux que l'énumération de catastrophes exaspère pourront toujours se retrancher derrière la dernière enquête de l'Institut d'Etudes Politiques de Paris réalisée par l'économiste Jean-Jacques Rosa qui a évalué le coût du tabagisme.

On y apprendra que contrairement aux idées reçues, le fumeur ne coûte rien à la société. Sous l'effet conjugué des économies en matière de retraite, engendrées par leur «décès prématuré», et des recettes d'impôt sur la consommation de tabac, l'apport net des fumeurs à la collectivité a été de 18,45 milliards de francs français en 1990.

Sans entrer dans le détail de l'enquête, qui chiffre le surcoût médical des fumeurs à 26,51 milliards et les économies médicales et sociales liées à un décès prématuré à près de 45 milliards, on s'en tiendra à cette évidence: une habitude aussi décriée que le tabagisme qui perdure à ce point ne peut être complètement mauvaise! A méditer, non?

La Conférence nous a permis également d'assister à un atelier concernant la consommation mondiale de tabac chez les jeunes, sur l'impact des législations anti-tabac et quelques campagnes de communication grand public.

Stratégie

Voici enfin pour les lecteurs qui ont tenu le coup la stratégie internationale pour la prévention du tabagisme élaborée à l'issue de cette Conférence Mondiale.

Pour faire face aux conséquences du tabac sur la santé, les actions suivantes doivent former la base d'une stratégie globale.

1. Des lois pour interdire toute publicité directe ou indirecte ainsi que toute promotion en faveur des produits du tabac.
2. Des lois pour protéger les jeunes vis-à-vis de la promotion et de la vente du tabac.
3. Une politique pour décourager l'entrée en tabagisme et la poursuite de cet usage, incluant:
 - des programmes intensifs d'éducation et d'information pour les jeunes et les adultes;
 - de larges facilités pour le soutien des fumeurs qui veulent s'arrêter.
4. Une politique d'actions économiques pour décourager la production de tabac et son utilisation, incluant:
 - une augmentation progressive et significative des taxes qui soient supérieures à l'inflation (et supérieur à la croissance des revenus individuels) et l'affectation d'une proportion spécifique de la taxe au contrôle du tabagisme;
 - des actions pour décourager la production et la vente de tabac: abolition des subventions pour la culture du tabac, mise en place d'actions pour favoriser les cultures de remplacement, et alternatives dans les politiques économiques et commerciales;
 - l'exclusion du prix du tabac de l'indice national des prix;
 - des mesures pour contrôler la contrebande des produits du tabac.
5. Un étiquetage avec des messages sanitaires clairs et la réglementation du conditionnement de tous les produits du tabac.

6. La réglementation des taux de goudron et de nicotine.

7. L'interdiction de fumer dans les lieux publics pour protéger la santé et les droits des individus.

8. Une politique pour empêcher de nouvelles initiatives marchandes de la part de l'industrie multinationale du tabac.

9. Une surveillance permanente de la stricte application de ces mesures.

Voici enfin les résolutions de la 9ème Conférence Mondiale sur le Tabac et la Santé.

La Conférence recommande que:

1. Tous les pays mettent en place la Stratégie Internationale de Prévention du Tabagisme.

2. Les premiers Ministres d'Allemagne, du Royaume-Uni et des Pays-Bas soient informés par une lettre officielle du Président de cette Conférence et par des lettres individuelles envoyées par les participants à la Conférence, que le blocage de la mise en place de la directive sur la publicité pour le tabac dans l'Union Européenne exercé par leurs gouverne-

ments est un scandale international et porte préjudice à la santé de tous les citoyens de l'Union Européenne, ainsi qu'à celle de tous les citoyens des régions en voie de développement qui attendent de l'Union Européenne qu'elle leur montre l'exemple en matière de politique de santé publique.

3. La Stratégie Internationale de Prévention du Tabagisme (Résolution 1) devrait être mise en place par tous les gouvernements d'Europe Centrale et de l'Est. De plus, les gouvernements des pays de l'Ouest, dans lesquels se situent les sièges des compagnies multinationales de tabac (qui contrôlent aujourd'hui la majorité de la capacité de production dans la région d'Europe Centrale et de l'Est), devraient partager la responsabilité de mettre fin à l'épidémie de tabac et assister les gouvernements de cette région dans la mise en place de cette stratégie.

4. La Conférence recommande aussi que:

- la vente hors taxes de produits du tabac soit interdite;
- les gouvernements nationaux, les ministères de la Santé et l'Organisation Mondiale de la Santé lancent im-

médiatement une action pour préparer et obtenir une Convention Internationale sur la Prévention du Tabagisme (Résolution 1) adoptée par la 9ème Conférence Mondiale sur le Tabac et la Santé;

- les dirigeants de toutes les communautés religieuses adoptent des positions officielles et prennent des mesures pour protéger l'humanité des dangers du tabac pour la santé;

- un Conseil Islamique pour la prévention du tabagisme soit créé;

- les gouvernements nationaux soient encouragés à prendre des mesures en vue de l'adoption de paquets génériques comme moyen de réduction des incitations à consommer du tabac;

- vu l'importance vitale de l'échange d'informations et de données, que la Commission des Communautés européennes maintienne son soutien au European Bureau for Action on Smoking Prevention (BASP) afin de permettre à cette organisation de continuer à apporter une contribution majeure à la prévention du tabagisme dans l'Union Européenne.

Michel Pettiaux ■

Programme Carolo Cardio Santé

La promotion de la santé du coeur dès la maternelle

Le samedi 22 octobre dernier s'est tenue, à l'initiative du programme Carolo Cardio Santé, une matinée de sensibilisation des enseignants de la région de Charleroi. Cette rencontre, organisée par le groupe «Jeunes» du projet, avait pour objectif de montrer aux enseignants de tous les réseaux les possibilités de mener des actions pour améliorer l'alimentation des jeunes.

Manger équilibré et varié, éviter de fumer, limiter la consommation d'alcool et faire de l'exercice physique contribuent sensiblement à réduire l'apparition de maladies cardio-vasculaires chez les adultes.



Carolo Cardio Santé est un ambitieux programme de promotion de la santé du coeur. Nous vous le présenterons de manière détaillée dans notre prochain livraison.

Ces bonnes habitudes de vie, simples à énoncer, doivent se prendre dès le plus jeune âge. C'est pourquoi un groupe de professionnels de la santé des jeunes, convaincu que la santé des adultes de demain se construit avec les jeunes d'aujourd'hui, se réunit depuis plus d'un an dans le cadre de ce vaste programme pour réfléchir aux actions à mener.

Alimentaire, mon cher Watson!

En collaboration avec Educa-Santé et avec le programme «Je mange bien à l'école» (SPEOL), le groupe a permis à une trentaine d'enseignants d'entendre des expériences menées par certains collègues dans des écoles communales, libres ou d'enseignement spécial de l'entité.

(suite en page 27)

(suite de la page 14)

Savez-vous qu'une bouteille de coca renferme l'équivalent de 15 morceaux de sucre! C'est ce que des bambins de la maternelle (Ecole Libre Sainte-Anne à Jumet) ont appris à leur maman, à l'aide d'un panneau d'information très suggestif.

Les élèves d'une école ont réalisé un théâtre de marionnettes pour informer leurs camarades. Ils gèrent eux-mêmes un chariot de collations saines (menus, achat, publicité, etc.).

Des élèves du secondaire souhaitaient manger dans un réfectoire plus agréable. Une nouvelle décoration a rendu le repas plus convivial. Ces élèves ont redécouvert le goût de l'eau car on a simplement mis des cruches et des gobelets sur les tables: il fallait y penser!

Le projet MONICA en Belgique

Dans le numéro 90 de notre revue, nous vous présentons le projet MONICA.

Nous y évoquons quelques résultats tirés d'une étude qui portait sur 75.000 crises cardiaques, la population suivie comportant au total 20 millions de sujets.

En Belgique, deux centres d'étude participent à ce projet: le centre MONICA Charleroi-Gand pour la population de ces deux villes (plus de 200.000 habitants, dont environ la moitié âgés de 25 à 69 ans) et MONICA BELLUX qui étudie la population de la province de Luxembourg.

Le centre MONICA Charleroi-Gand sous la responsabilité du «Laboratoire d'Epidémiologie et de Médecine Sociale» de l'U.L.B. et le «Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde» de la R.U.G. a clôturé son enquête après 10 ans d'enregistrements de cas fatals et non fatals d'infarctus.

Voici quelques constatations issues des données de l'enregistrement dans le Registre des Infarctus (de 1983 à 1991) des cas d'infarctus relevés à Gand et à Charleroi:

- dans l'ensemble des cas d'infarctus, le taux de mortalité dans les 28 jours suivant la crise est d'environ 50%;

Les participants ont également eu l'occasion de visiter le car-exposition de l'Observatoire de Santé en Hainaut consacré à la promotion d'une alimentation saine pour les enfants de cinquième et sixième années primaires. Une présentation du matériel pédagogique disponible à Educa-Santé (Commission Locale de Coordination en Education pour la Santé pour la région de Charleroi) a complété cette manifestation.

Les promoteurs de la rencontre souhaitent que les personnes présentes passent à l'action dans leur propre école. Les initiatives ainsi réalisées seront présentées à un large public et récompensées en matériel pédagogique. Ces actions doivent permettre aux jeunes du secondaire d'informer les autres jeunes à propos de leur san-

té. Le slogan retenu est «parlons de notre santé ensemble».

Les élèves du primaire, eux, sont invités à élaborer des supports santé attrayants et interactifs (théâtre, vidéo, affiches, jeux de société santé, etc.).

Les responsables ne doutent pas de la créativité et de l'imagination que les jeunes et leurs enseignants peuvent mettre au service de leur santé. Cette matinée d'information en était la preuve.

Pour toute information complémentaire vous pouvez contacter le Programme Carolo Cardio Santé, «Groupe Jeunes», Avenue de la Crèche 13, 6061 Montignies-sur-Sambre, tél.: 071/27.98.22, fax: 071/27.98.06. ■

tus à Gand et à Charleroi révèle d'autre part:

- que chez les hommes de 25 à 69 ans, un tiers des décès par infarctus ont eu lieu à l'hôpital. Les deux autres tiers se présentent donc hors hôpital (à domicile ou sur la voie publique) et sont en général des morts subites (instantanées ou trop rapides pour permettre quelque intervention que ce soit; la proportion de décès intra-hospitaliers est la même à Gand et à Charleroi, ce qui pourrait signifier que le traitement de la phase aiguë de l'infarctus est très ressemblant dans ces deux entités.

On doit s'attendre à une diminution importante de la mortalité par infarctus chez les personnes hospitalisées dans les années à venir. Cependant, la mort subite ne peut être évitée que par de meilleures préventions, tant primaires que secondaires.

Informations recueillies lors de la conférence de presse du 10 octobre 1994, organisée à Bruxelles par la Ligue Cardiologique Belge en prévision de la 15ème semaine du coeur (17 au 23 octobre 1994). ■

AGENDA - ACTUALITE - INFO

Vous avez des petites annonces, info de devant ou de derrière les fagots ? Glissez un mot...

Des services agréés par la Communauté française peuvent vous aider dans des projets d'éducation à la santé que vous désirez élaborer

- ☞ **Commission Locale de Coopération de Bruxelles**, rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles. Tél. : 02/512.41.74.
Fax : 02/512.54.36. **Contacts** : Bernadette Lambrechts • Luciane Tourtier.
- ☞ **Commission Locale de Coopération du Brabant Wallon**, Domaine de Chastre, Route de Gembloux 2, 1450 Cortil-
Noirmont. Tél. : 081/61.42.48. **Contacts** : Viviane Demortier.
- ☞ **Commission Locale de Coopération du Hainaut-Centre**, rue Chavée 62, 7100 La Louvière. Tél. : 064/22.30.17 ou
065/87.26.79, ext. 552. **Contacts** : Monique Gosselain.
- ☞ **Commission Locale de Coopération du Hainaut-Est**, avenue Général-Michel 1B, 6000 Charleroi. Tél. : 071/33.02.29.
Fax : 071/31.82.11. **Contacts** : Viviane Vandenberg • Martine Bantuelle.
- ☞ **Commission Locale de Coopération du Hainaut-Ouest**, rue de Cordes 9, 7500 Tournai. Tél. : 069/22.15.71.
Contacts : Véronique Malfrère.
- ☞ **Commission Locale de Coopération de Liège**, Sart Tilman B 23, 4000 Liège 1. Tél. : 041/56.27.97.
Contacts : Carine Lafontaine.
- ☞ **Commission Locale de Coopération de Huy-Waremme**, Maison de la Santé, chaussée de Waremme 139, 4500 Huy.
Tél. : 085/21.25.76. Fax : 085/21.19.77. **Contacts** : Benoît Dadoumont.
- ☞ **Commission Locale de Coopération du Luxembourg**, Centre Provincial de Santé, rue Erène 1, 6900 Marche.
Tél. : 084/31.31.39. et 061/ 21.36.71. **Contacts** : Reine-Marie Hanoul.
- ☞ **Commission Locale de Coopération Namur**, rue Château des Balances 3B, 5000 Namur. Tél. : 081/22.25.14 ou
22.24.22. Fax : 081/73.11.52. **Contacts** : Bénédicte Reginster • Axel Roucloux.
- ☞ **Commission Locale de Coopération de Verviers**, rue de la Station 13, 4800 Verviers. Tél. : 087/35.15.03.
Contacts : Gabrielle Houbiers.
- ☞ **Croix-Rouge de Belgique**, Service Education pour la Santé, Place Brugmann 29 - 3ème étage, 1060 Bruxelles.
Tél. : 02/346.02.37. Fax : 02/346.17.84.
Contacts : Viviane Delegher, chef de service • Gabrielle Schicks, secrétaire • André Lufin.

Participez

Afin que le journal soit l'écho pertinent, grave ou drôle mais surtout juste de ce que vous réalisez, de ce qui vous fait sourire, rugir, réfléchir,... dites et racontez.

Comment ?

- si vous êtes plus encline à parler qu'à écrire, si vous êtes pressée, téléphonez au 02/512.41.74. Et si votre histoire est longue... on peut se rencontrer.

- si la plume vous démange, écrivez-nous : "La Santé à bonne école", Question Santé, 72 rue du Viaduc - 1050 Bruxelles. N° de fax : 02/512.54.36.

Pour le prochain numéro, nous aborderons le thème du sommeil. Vous avez eu l'occasion d'aborder ce thème ? Vous avez réalisé un projet ? Vous avez des anecdotes, sérieuses ou cocasses, des réflexions, des suggestions,... communiquez-les nous. Méthodique et sa comparse y feront écho. Nous recherchons aussi des témoignages sur l'animation "L'oreiller magique".

Et puis, si vous avez d'autres désirs, des remarques sur le journal, son contenu, sa forme, vous avez la parole !

La santé ... à bonne école

N° 1 - 1er trimestre scolaire 1994-1995

Sommaire

DOSSIER : les dents
Angle d'approche
Outils

Intersection
Libres propos sur les
résultats d'une action

Vous avez testé
Le dentibus

Gros plan sur...
Le réseau européen
d'écoles en santé

Agenda - Actualité - Info

Secrétariat de rédaction :
Patricia Thiébaud

Graphisme : Carine Simon

Ont collaboré à ce numéro :
Christian De Bock (Education
Santé), André Lufin (Croix-Rouge de
Belgique)

Réalisation:
Question Santé asbl

QUESTION
SANTÉ 

Editeur responsable : B. Lambrechts, 72
rue du Viaduc - 1050 Bruxelles.

Editorial

C'est une évidence, la promotion de la santé doit trouver sa place au quotidien dans les écoles. Les travailleurs médico-sociaux des centres IMS et PMS, et plus particulièrement les infirmiers et infirmières, peuvent jouer un rôle considérable dans l'éclosion d'une véritable «culture de la santé» parmi les jeunes. Présents sur le terrain, les infirmiers et infirmières se doivent de prendre la parole, de raconter et de partager: leurs espoirs, leurs difficultés, leurs petites et grandes victoires... Car comment mieux s'enrichir qu'en faisant part des expériences et questions.

C'est pourquoi je pense que cette lettre d'information a une place à côté de publications plus théoriques. Loin de l'ambition d'être un document exhaustif, «La santé à bonne école» veut évoquer des pistes concrètes, illustrer, l'éducation pour la santé avec des mots et des actes simples, valoriser le travail effectué par tous et toutes. Une manière d'encourager chacun et chacune, selon ses moyens et ses envies, à se lancer dans l'action. Je ne doute pas que cet objectif d'ouvrir un espace de convivialité et de discours libre sera rencontré et que ce nouvel outil se révélera comme un lieu d'échange et de coordination entre les centres IMS et PMS. Car vous avez certainement des choses à dire...

Laurette Onkelinx
Ministre-Présidente du Gouvernement
de la Communauté française de Belgique,
chargée de la promotion de la santé.

Angle d'approche

Octobre, c'est le moment où Méthodique et Zygomatique débarquent dans les classes.

Méthodique a son plan de bataille dans sa serviette.

Tous ses objectifs sont là, bien structurés, sur papier.

Zygomatique la suit, sourire en bandouillère, avec en main un gigantesque sac plastique rempli de crayons de couleurs, posters, cassettes et de gadgets les plus divers.

Toutes deux sortent de la même promotion de l'école d'infirmières.

Ensemble, elles ont vécu la fièvre des examens,

les maux de ventre des premiers stages,

les grands frissons de leur dernière délibération.

Depuis 15 ans, elles travaillent dans le même Centre de Santé.

Unies pour le rire et pour le pire : les «carotteurs» malicieux,

les petites mais aussi les grandes écorchures.

Tous ces maux, bénins ou beaucoup moins, qu'apaise une infirmière.

Ce mois-ci, on attaque le thème des dents. Méthodique connaît les statistiques.

Mais chaque année, ce sont toujours les mêmes discussions entre les deux comparses.

- Réaffinons notre stratégie, propose Méthodique.
 - Imaginons un nouveau jeu, s'enthousiasme Zygomatique.
 - Avant tout, précisons notre thématique, tempère Méthodique.
- Tout d'abord, ne perdons pas de vue le contexte global dans lequel s'inscrit le thème des dents.

- M'enfin, tous les enfants savent qu'ils doivent se brosser les dents. Pourquoi beaucoup ne le font-ils pas ou juste un peu, tu veux le savoir? Et bien, parce que cela ne les botte pas. Les enfants n'en voient pas l'intérêt. Tu leur parles de carie, qu'ils vont avoir mal... Ils te sourient de leurs petites dents bien blanches : ils s'en fichent. Pour eux, ce qui compte, c'est ce qu'ils ressentent maintenant. Là quand tu leur parles, ils n'ont pas mal, eh bien c'est le principal. Arrête de penser avec ta logique d'adulte et tes principes qui ne tiennent pas la route dans la pratique. Du moins si tu veux des résultats...

- Zygomatique, on ne va pas encore s'étripper. Reprenons ce qui, pour toutes deux, nous paraît justifiable comme objectifs pour ce thème.

D'après les statistiques, la carie touche :

80 % d'enfants à l'âge de 6 ans

96 % à l'âge de 12 ans.

Entre 6 et 7 ans, on constate qu'il y a une chute brutale du nombre d'enfants indemnes de caries.

résoudre par la même occasion des problèmes d'ordre pédagogique et humain. Il est clair aussi, poursuit André Lufin, qu'au-delà des motivations à résoudre ces problèmes, le projet de réseau représente aussi pour ces écoles un levier pour construire ou reconstruire leur identité autant que celle de l'élève. En effet, on peut voir dans le REES une opportunité d'amener les élèves à être davantage concernés par leur santé, gestionnaires attentifs de celle-ci et dès lors plus sensibles à leur qualité de vie. Des élèves qui soient aptes à faire face à des problèmes évoqués plus haut mais aussi acteurs d'une école de la réussite, bien dans leur peau, objets et sujets d'une école elle-même épanouie.

Les préoccupations santé

Avant de définir des objectifs spécifiques pour chaque école et d'envisager des projets, la Croix-Rouge et ses partenaires se sont attelés, notamment, à analyser la situation existante. Quelles sont en fait les préoccupations santé des écoles REES? Il s'est avéré que les problèmes évoqués dans les écoles, l'ont été avec une grande cohérence, précise André Lufin. Les divergences surgiront dans le type d'action à mener. Plusieurs thèmes ont été pointés. Voici les plus couramment cités:

- l'environnement : c'est le thème qui vient de loin en tête. Il couvre à la fois des préoccupations matérielles ou de l'ordre des rapports entre les personnes. Dans les faits matériels, les enseignants s'attardent au cadre de vie dans lequel élèves comme enseignants évoluent (WC sales, absence de savons, murs lézardés, peintures écaillées,...). Ces faits matériels très concrets ont une incidence sur l'image de l'école comme sur celle des personnes qui y vivent tous les jours. A côté de ces facteurs matériels, une série de remarques de l'ordre de l'environnement «humain» sont cités: absence de sourire, de convivialité, etc. choses qui rendent l'atmosphère ambiante difficile à vivre.
- les assuétudes : ce thème est cité sous la forme d'une peur. Alcool, sida, drogue sont plus des sujets d'angoisse que des cas vécus.
- le stress : il s'observe sous la forme de «bougeotte», distraction, agressivité, tension, arrogance. Les enseignants attribuent ce stress au rythme scolaire, au peu de place accordé à la détente et à la relaxation.
- l'hygiène : il s'agit ici plus particulièrement de l'hygiène corporelle, personnelle des élèves. On la met en étroite corrélation et réciprocité avec l'environnement.
- l'alimentation : ce thème est cité moins pour mettre en évidence l'importance d'une alimentation que pour signaler des points ayant trait à l'environnement (propreté et bruit des réfectoires) ou au stress (tranches horaires parfois très courtes ne permettant pas un moment de détente,...).

Les enseignants ont avancé une série d'explications à ces problèmes

Ils ont mis en avant l'école: le manque de communication, de formation. Ils ont parlé des élèves: de leur désintérêt, de la situation d'échec. Ils ont cité parfois même la situation géographique: le passage, par exemple, du rural au citadin peut favoriser certains comportements... Ils invoquent le plus souvent le facteur "parents". Aux yeux des écoles, si les élèves rencontrent des problèmes de santé physique et mentale, cela est dû à des défaillances familiales qui peuvent avoir diverses origines:

- le milieu socio-économique défavorisé;
- le désintérêt des parents: ils sont indifférents à la scolarité de leurs enfants, n'assistent pas aux réunions, ...
- la carence intellectuelle ou culturelle des parents: ils ne comprennent pas la langue française, sont sous-informés, ont une faible scolarisation,...
- la situation conjugale instable: beaucoup de parents sont divorcés, ou sont en conflit perpétuel, ce qui perturbe l'enfant.
- l'incommunicabilité: on constate dans beaucoup de foyers une absence de dialogue parents-enfants.

Le réseau des écoles adhérentes

Le chek-up santé dressé, par et avec les acteurs eux-mêmes, un travail de plus longue haleine va commencer. Des objectifs vont être définis, en fonction des attentes et des problèmes en matière de santé. Ceci permettra de mettre en place des actions les plus adéquates possible. Les écoles pilotes seront encadrées, à travers toutes ces étapes, par la Croix-Rouge et d'autres partenaires. Le programme sera bien sûr évalué. Viendra alors le moment de lancer le "réseau d'écoles adhérentes".

C'est un réseau qui sera ouvert à un nombre illimité d'écoles. Celles qui veulent être conseillées en matière d'éducation à la santé, être tenues au courant de l'évolution du programme, celles qui sont désireuses de participer à toute manifestation en rapport avec le Réseau (colloques, rencontres,...). Bref, voilà un projet qui en plus d'être ambitieux a le mérite aussi d'être généreux. On ne peut que féliciter ce panache et lui souhaiter... bon vent !

Pour plus d'informations, personne contact : André Lufin - Croix-Rouge, 29 Place Brugman - 1060 Bruxelles. Tél.: 02/346.02.37.

GROS PLAN SUR ...

LE RÉSEAU EUROPÉEN DES ÉCOLES EN SANTÉ

C'est parti! Douze écoles pilotes en Communauté française, encadrées par la Croix-Rouge, ont franchi la ligne de départ. Mais au fait pour quelle destination? Et les autres - les autres écoles - participeront-elles à l'aventure? André Lufin, collaborateur du Service Education pour la Santé de la Croix-Rouge de Belgique, responsable du projet, nous l'a présenté. En voici les contours.

Une école en Santé a sa charte, ses douze commandements. Ce sont douze critères qui ont été définis par les instances européennes et l'O.M.S. Ils représentent bien sûr des objectifs généraux. A chaque école alors de leur donner forme et vie...

Voici les douze recommandations

- 1° construire le programme de promotion de la santé à partir des attentes, des demandes, des besoins des élèves
- 2° promouvoir activement l'estime de soi de chaque élève
- 3° favoriser les bonnes relations entre les enseignants et les élèves et entre les élèves eux-mêmes
- 4° faire percevoir clairement aux élèves et aux enseignants le projet pédagogique et les objectifs sociaux de l'école
- 5° mobiliser les élèves dans des activités stimulantes incitant à un mode de vie sain
- 6° protéger et/ou améliorer l'environnement physique que constitue l'école
- 7° fonder des relations solides entre l'école et le milieu familial
- 8° établir des liens continus entre l'enseignement maternel, l'enseignement fondamental et l'enseignement secondaire associés pour élaborer des programmes d'éducation cohérente
- 9° promouvoir activement la santé et le bien-être
- 10° conférer aux enseignants un rôle de référence en matière de santé
- 11° affirmer le rôle complémentaire de l'alimentation scolaire dans le programme d'éducation pour la santé
- 12° exploiter le potentiel éducatif des services de santé dans l'optique d'un soutien actif du programme d'éducation à la santé.

Ces écoles vont s'engager pour une durée de trois ans. Chacune va désigner un coordinateur local et se constituer une équipe de projet. Cette équipe sera composée d'enseignants volontaires, d'agents PMS/IMS, de parents, ... La mission de cette équipe consistera à mettre sur pied un programme pour leur communauté scolaire. Et là, ... cela devient intéressant pour les autres écoles - ces projets (ceux des écoles pilotes belges comme celles des autres pays) pourront servir d'illustrations pratiques.

Bref, bientôt on pourra désormais démontrer aux sceptiques que des écoles en santé, cela existe. Mais qu'en plus, cela peut se propager. Hé oui, ces expériences vont forcément laisser plus que des indices. Bientôt se dessineront de belles pistes, praticables, pour ceux qui veulent aussi se joindre à l'aventure. Une carte topologique des embûches, des raccourcis pour mener à bon port un projet santé, cela ne se boude pas!

En toile de fond

Mais tout d'abord on peut s'interroger sur les motifs qui ont poussé les écoles à participer au projet. Étaient-elles déjà particulièrement engagées dans des projets santé? Et bien non, pas particulièrement...

En effet, l'adhésion au projet REES (Réseau Européen d'Écoles en Santé), résidait principalement dans la motivation de résoudre des problèmes réels et de prévenir des problèmes potentiels en matière de santé. Les enseignants analysent cette dynamique comme suit:

- dans le présent: «les élèves ont de mauvaises habitudes de santé qu'il faut modifier»
- dans le futur: «des dangers menacent les élèves à moyen et à long terme; il faut les éduquer pour qu'ils y échappent».

Il y a donc, du chef des écoles, un sentiment de responsabilité, en déduit André Lufin. De plus, ces écoles ont compris que pour résoudre ces problèmes, il faut réunir d'autres conditions. A savoir: la collaboration des parents, une approche interdisciplinaire et l'implication des élèves. La participation au REES n'est alors plus uniquement motivée par la résolution des problèmes de santé vécus par les élèves mais l'est également par l'opportunité de

LES OBJECTIFS

Les objectifs généraux sont:

Primo: aborder l'hygiène dentaire dans un contexte global de la santé: prendre soin de ses dents, c'est prendre en main sa santé, en être responsable.

- Concrètement?

- Minute, je continue.

Deuxio: chaque enfant doit finalement prendre conscience que ce "capital dent" lui est propre. Il en est le propriétaire et l'usufruitier. Il lui incombe donc d'en prendre soin. De bien gérer ses propres biens, somme toute.

Maintenant passons aux objectifs intermédiaires;

- J'aimerais aussi qu'on se questionne et trouve quelques débuts de réponses sur les obstacles à ces superbes théories. Quid des différences de cultures, de la négligence des parents, de...?

- Ne mélange pas tout. On en parlera après. Pas de précipitation.

Les objectifs intermédiaires sont donc:

- tenter d'amener le thème de l'hygiène dentaire comme un sujet quotidien, proche de l'enfant, de sorte que, naturellement, il perçoive qu'il peut lui-même agir sur la bonne santé de ses dents.

- Veiller à rechercher la participation des enfants.

- Oui, surtout ne pas les assommer de cours magistraux, de "il faut" "il ne faut pas" ou leur faire apprendre par coeur le nom et la position des dents...

Les objectifs spécifiques sont au nombre de cinq:

- brossage des dents au moins deux fois par jour durant trois minutes. Le rythme le plus réaliste est le soir avant d'aller dormir et le matin, après le petit déjeuner.

Changement de brosse à dents tous les trois mois.

- Et ceux qui n'ont même pas une brosse à dents pour eux?

- Penses-tu que c'est absolument impossible d'économiser un peu pour acheter une brosse à dent personnelle et du dentifrice?

- Non, ... mais ils préfèrent le dépenser pour des bonbons.

- Et bien, nous en sommes à notre troisième objectif, il faut réduire les sucreries.

- Il faut aussi penser à consommer du fluor, et à passer une visite au moins une fois par an chez le dentiste.

- Il faut arrêter de répéter que le dentiste est très, très gentil. Beaucoup d'enfants n'ont pas nos craintes et préjugés sur ce dernier.

LE PUBLIC CIBLE

- Le thème de l'hygiène dentaire, on décide de l'aborder chez les 5-8 ans. Ils sont concernés par ce thème, également très réceptifs, curieux.

- A cet âge, ils commencent aussi à devenir des consommateurs invétérés de bonbons. On peut encore leur donner quelques conseils. Ils sont soucieux de bien faire.

- Oui, on ne peut pas dire de même pour les 10 - 12 ans. Ils sont aussi beaucoup plus blasés, sûrs d'eux.

SE FIXER DES OBJECTIFS

Dans la construction du thème de l'hygiène dentaire, on distinguera plusieurs objectifs. Des objectifs principaux découleront des objectifs intermédiaires et plus spécifiques. De ces objectifs naîtront les activités.

Objectifs généraux:

- aborder l'hygiène dentaire dans son contexte global;
- responsabiliser l'enfant.

Objectifs intermédiaires:

- aborder le thème de l'hygiène dentaire au plus près de la réalité de l'enfant;
- amener la participation active de l'enfant.

Objectifs spécifiques:

- brossage des dents au moins deux fois par jour;
- changement de brosse à dents tous les trois mois;
- consommation régulière du fluor;
- visite au moins une fois par an chez le dentiste.

Les publics cible

Les 3èmes maternelles, 1ère et 2ème années, représentent le public le plus concerné et réceptif au thème de l'hygiène dentaire.

TRAVAILLER AVEC LES ENSEIGNANTS

Susciter une dynamique:

- S'assurer la collaboration avec les enseignants, comporte des avantages et des aléas. Les avantages : cela permet d'assurer une continuation, une action en profondeur.
- Mais, l'enseignant te rétorque qu'il n'est pas un professionnel, qu'il n'a pas le temps, que cela ne l'intéresse pas,...
- Parmi toutes les raisons invoquées, il y a fort à parier que ces réticences résultent d'un manque de confiance en leurs capacités à poursuivre cette action. Dès lors, ils ne sont pas motivés.
- Mais... pas de fatalisme. Certains manques de motivation se soignent. Notamment en mettant très vite l'enseignant dans le coup.
- Pour que l'enseignant se rende compte de l'importance d'exploiter ce thème auprès de ses élèves, on peut prévoir un petit questionnaire.
- Ce sont les préliminaires pour piquer l'intérêt de l'enseignant. Demandons à l'enseignant s'il est d'accord de remettre un questionnaire aux enfants sur ce thème.
- Oui, mais la discrétion est de rigueur : l'enfant doit donner une réponse personnelle. L'enseignant lit la question, l'enfant noircit la case correspondant à son choix. On reprend les questionnaires après.

Type de questionnaire: (cf questionnaire réalisé par le Centre de Santé à Namur)

- J'ai une brosse à dents pour moi tout seul?
- Je me brosse les dents avant d'aller dormir?
- Je me brosse les dents après le petit-déjeuner?
- Je suis déjà allé chez le dentiste?
- Les bonbons, c'est bon pour les dents?
- La carie est une maladie des dents?

- Nous avons maintenant les preuves à l'appui...
- Le questionnaire sera discuté à bâtons rompus avec les élèves en classe, en notre présence et avec le professeur. Chaque enfant parlera de ses expériences..
- **Dans cette conversation avec les enfants et les enseignants, il convient de bien orienter cette discussion.**
- De mettre certains points en évidence:**
 - pourquoi l'homme a-t-il des dents ?
 - Pourquoi se brosser les dents et avec du fluor ?
 - pourquoi aller chez le dentiste ?
- Ces points, l'enseignant peut ainsi les reprendre plus tard.

Les objectifs et le public cible précisé, il reste à s'assurer de toute la logistique humaine et matérielle qui permettront de mener à bien ces objectifs. Les ressources humaines seront vos relais, enseignants, parents qui peuvent poursuivre consolider votre action. Les moyens matériels seront tous les outils-fiches théoriques, méthodologiques, ou plus pratiques qui donneront vie et réalité à vos objectifs.

Les enseignants

La collaboration avec les enseignants permet une action en profondeur. Mais leurs réticences peuvent être multiples. Il y a cependant différents moyens pour susciter intérêt et motivation:

- distribuer un questionnaire auprès des élèves et ainsi faire comprendre aux enseignants la nécessité d'aborder le thème.
- offrir des pistes d'exploitation aux enseignants et ainsi faire entrevoir la richesse d'exploitation d'un thème et les rassurer sur leur habilité à l'aborder.

Les enseignants auront à l'esprit les objectifs cités plus haut et tâcheront de développer davantage des points que vous avez eu l'occasion d'aborder :

- a quoi servent les dents?
- pourquoi les brosser souvent avec du fluor?
- que fait le dentiste?

VOUS AVEZ TESTÉ ...

Outils, animations, livres que vous avez utilisés ou expérimentés... Racontez-les nous!

LE DENTIBUS...

Il est là. Les gosses s'esclaffent, pointent du doigt. Dans sa robe blanche, soulignée de rouge, le Dentibus trône. Là. En plein milieu de la cour de récré. Il sillonne maintenant le Hainaut. Il y a quelques mois, Elisabeth et Nelly l'ont expérimenté. Elles racontent...

- E.:** - Première étape; un dentiste vient dans la classe. Cette animation concerne les enfants de première et deuxième année. On les a prévenus de cette visite. Ils sont excités, super curieux. En fait, ces sont des dentistes de la Fondation pour la Santé Dentaire. Ils sont très motivés par la prévention des caries et ils aiment vraiment les enfants. Cela se remarque immédiatement dans leurs contacts avec eux. La dentiste entre dans le vif du sujet, par des questions. "Qui a déjà perdu ses dents? Qui a déjà eu mal aux dents? Pourquoi, etc.?" Les réponses fusent et la dentiste corrige les réponses des enfants avec le sourire. Ensuite elle passe une série de diapos "cartoons" qu'elle commente.
- Q.S.:** - Le montage était intéressant ?
- E.:** - A voir les enfants, cela leur a plu. Moi, je suis un peu plus mitigée. Le montage m'a moins emballée car je le trouvais trop publicitaire. Le Super Man Brigade Rouge qui entraîne deux enfants à s'allier contre la carie dentaire... Les enfants qui regardent font très vite l'association entre dentifrice et marque de dentifrice. Cette marque et ses personnages, on les retrouve également sur le Dentibus. Personnellement, ça me gêne que cela soit aussi répétitif. Car, après la visite dans le bus, le chauffeur donne également aux enfants du dentifrice de la marque en question. Mais la dentiste, elle, se distancie de cette démarche. Si elle n'a peut-être pas, à mon goût, suffisamment insisté sur les collations, elle a par contre bien expliqué comment se brosser les dents.
- Q.S.:** - Et vous, Nelly, vous avez vécu cette expérience, mais dans une autre

- école...
- N.:** - Oui. C'est moi-même qui me suis chargée de l'animation en classe. Le montage de diapositives, je le trouvais un peu court et incomplet. Disons que c'est un bon point de départ pour amener des informations très concrètes et quotidiennes.
- Q.S.:** - Par exemple ?
- N.:** - Par exemple, j'ai développé des petits points très précis. Comme: quand est-ce que je vois que ma brosse est abîmée? Comment ne pas oublier que je dois changer ma brosse? (réponse: à chaque début de vacances - Pâques, grandes vacances, Noël.) Quels aliments pendant la journée peuvent servir de brosses à dents?...
- Rien à signaler ?**
- E.:** - Deuxième étape, Madame la dentiste examine les quenottes des enfants dans le Dentibus. Elle est sereine et complice. Elle explique, pose des questions. Genre: «dans le fond de la bouche, là, il y a un petit trou. C'est une carie. Tu n'es jamais allé chez le dentiste?»
- Q.S.:** - Comment réagissent les enfants ?
- E.:** - Ils ne sont pas du tout intimidés ou craintifs. Tout se passe très naturellement. Pendant qu'on examine un enfant, trois autres attendent leur tour à l'intérieur. Eux, ils contemplent avec grand sérieux la bouche de leur compagnon et écoutent avec une conscience quasi-professionnelle les remarques de Madame la dentiste.
- Q.S.:** - Et comment réagit l'infirmière ?
- E.:** - - Moi, j'ai été ébahie de constater qu'il y avait au moins 50 % d'enfants qui n'étaient jamais allés chez le dentiste. Et puis ils avaient tellement de tartre sur les dents! ... conséquence d'un mauvais brossage, ou trop irrégulier.
- Q.S.:** - L'examen est approfondi ?
- E.:** - L'examen dure une dizaine de minutes. C'est une visite de contrôle. Il n'y a pas de soins. Chaque enfant reçoit un petit miroir et sa fiche de contrôle.
- Q.S.:** - Et vous, Nelly, vous avez vécu cette expérience, mais dans une autre

rappelle quelques notions d'une bonne hygiène dentaire. Cette fiche de contrôle sera remise aux parents. Quels que soient les résultats, on conseille aux parents de se rendre avec leurs enfants deux fois par an chez le dentiste pour une visite de contrôle.

N.: - Dans les écoles où je me suis rendue, les gosses étaient enthousiastes. Cette animation leur permet de se familiariser avec le dentiste. Mais cela mérite quand même un suivi.

A faire, à suivre...

Q.S.: - Et vous, Elisabeth, êtes-vous satisfaite du suivi ?

E.: - Pour le suivi de cette action, il y a un problème. Les enseignants n'ont pas été vraiment mis dans le coup. Il y a une simple visite du chauffeur au directeur, quand le bus arrive dans la cour. C'est quand même un peu court pour mobiliser une école. La dentiste sensibilise bien les enfants à une bonne hygiène dentaire, dans le temps qui lui est imparti. Mais souvent les enseignants ne sentent pas qu'il est important d'assister à cette séance pour opérer un suivi par la suite. C'est dommage de négliger leurs apports. Il manque une séance préalable avec eux pour les motiver. Plus de 20 écoles qui relèvent de notre centre ont accueilli le Dentibus. Matériellement, on ne dispose pas, nous, d'assez de temps pour assurer un suivi dans chacune de ces écoles.

N.: - Pour ma part, je pense qu'il est bien que nous soyons présentes lors de la visite du Dentibus, ne serait-ce que pour l'organisation. Quand il fait froid, il est préférable que les enfants ne restent pas dans la cour à attendre leur tour. On peut en profiter pour prolonger la séance sur les dents en classe. A quoi bon se presser dehors, faire la file? Et s'il fait beau, on peut organiser un jeu! Un jeu de l'oie sur les dents, par exemple...

Le Dentibus vous tente? Pour tous renseignements, adressez-vous à l'Agence Lintas: Patricia Keulers, au 02/773 66 11.

INTERSECTION

Vous avez en tête mille questions, ou envie d'exprimer une opinion... cet espace est à vous!

LIBRES PROPOS SUR... LES RÉSULTATS D'UNE ACTION

Une infirmière est souvent confrontée à une évaluation d'une action mise en place. Des résultats chiffrés. Certains ont des avis très tranchés à ce sujet. Ainsi, Claire, un peu plus de trente ans, des yeux qui pétillent, qui oscillent entre le grave et le rire. Et une sacrée dose de bon sens. Claire est là dans l'infirmerie de l'école. Pas loin d'elle, punaisé au mur en toutes lettres, un "bon pour la colère". C'est que Claire est bien loin d'avoir des propos à marée basse...

A la question de l'évaluation des résultats d'une action, la réponse fuse, directe: Claire a décidé, une fois pour toutes, de ne pas en faire une affaire d'état. Non pas qu'elle ne s'en soucie pas, mais pour elle, les objectifs d'une action ne résident pas là.

"J'ai envie de bouger, de faire quelque chose parce qu'il y a un constat. Un constat qu'on ne peut pas admettre. Trop d'enfants viennent à l'école sans avoir mangé. Trop d'enfants sont fatigués parce qu'ils ont veillé jusqu'à 22 H - minuit, trop d'enfants ont encore la bouche pleine de caries. Et là, il faut agir. Ma motivation vient des faits. Ou plutôt du fait que je vois des enfants qui pourraient être mieux dans leur peau. Mais il est hors de question que je me conditionne pour des résultats.

Je ne veux pas me focaliser sur des résultats parce qu'ils vous réduisent à pas grand chose. Il y a une aridité dans ces chiffres qui ne peuvent que

vous apporter fatalisme, aigreur. Un pourcentage de réussite? Et bien, je plierais bagage au bout de cinq ans de pratique sur le terrain. Claire s'interrompt, agrandit les yeux et reprend, le ton convaincu.
" Et puis, soyons francs avec nous-mêmes... appliquons-nous toujours les conseils que nous prêchons? Non. La différence c'est que nous savons ce qu'impliquent ces choix. Et Claire de souligner qu'un enfant subit toujours un régime de vie imposé par les proches. Et il le subit d'autant plus s'il n'a pas l'opportunité de comprendre pleinement les conséquences de ce comportement et l'existence d'autres. D'autres comportements qui peuvent améliorer son bien-être et qu'il est en mesure d'adopter.

Lorsqu'agir rime avec plaisir

Enfin la force de Claire réside dans sa façon de poigner à pleines mains dans la réalité, de la malaxer jusqu'à en extraire la manière pour l'exploiter... gaiement et assez largement pour taquiner des domaines différents.

"Aborder un thème sans enthousiasme est pour moi une action ratée: les enfants le sentent, on ne peut pas tricher. Ils n'accrochent pas si on n'est pas soi-même accroché à son sujet. Je prends un certain temps à concevoir, à imaginer les angles d'attaque. Ce n'est pas simple et je n'hésite pas à faire appel à des ressources extérieures (Croix-Rouge, Educa Santé, Question Santé,...). Ils donnent une impulsion, des idées. De toutes façons, pour moi, les résultats d'une action, je les évalue en termes de participation des

enfants. Les enfants se sont-ils mobilisés sur le thème? Ont-ils retiré des informations sur le thème, mais aussi dans d'autres domaines? Si à ces questions, je peux répondre par l'affirmative, je suis contente."

Et pour illustrer ses dires, Claire m'explique assez longuement les différents projets qu'elle a pu mener dans cet esprit. Elle s'attarde plus spécialement sur celui des accidents domestiques. Quelques bribes de ce long "plaidoyer" quant à la procédure :

"Dans une classe de 6^{ème}, nous avons réfléchi en étroite collaboration avec le prof sur la manière de communiquer le fruit de nos recherches sur les accidents domestiques. On a réalisé des affiches, donc on s'est informé sur la mise en page à faire, les slogans, afin que cela soit très professionnel. Différents groupes ont planché, eux, sur d'autres techniques de communication. Il a fallu bien sûr du temps et le soutien du prof et d'autres extérieurs.

Les enfants auront peut-être oublié certains bons conseils prodigués mais pas tout et sûrement pas le plaisir qu'ils ont eu à concevoir, à s'impliquer. Car le champ où s'inscrit le thème était large, très large, afin qu'ils puissent se créer un espace. Et avoir eux aussi la parole..."

Et vous?

Que pensez-vous de ce témoignage? D'accord ou pas? Ou avec des nuances? Écrivez-nous ou laissez-nous vous interviewer. Mais participez. Ce sont vos réactions qui donneront vie et battéments de cœur à ce journal.

Le dossier pédagogique "Dents 2000" de la Croix-Rouge comprend toute une série de fiches qui lui donneront une foule d'idées pour exploiter le thème : des affiches à apposer dans le réfectoire à la mise sur pied d'une cantine,...

COLLABORER AVEC LES PARENTS

Un relais important

- *Maintenant que les enfants ont intégré le message, que vont-ils faire chez eux, à la maison? Prolonger cette action est un casse-tête.*

- *Il faut faire confiance à l'enfant. Si on est parvenu à le convaincre, il peut communiquer ce qu'il a appris à ses parents, à la maison.*

- *Exact. Reste toutefois à lui donner envie d'en parler. Il faut que l'enthousiasme soit là, qu'on ait frappé son imagination.*

- *Il faut toutefois songer à quelques petits encouragements pour maintenir cette nouvelle préoccupation. Se brosser les dents deux fois par jour doit devenir un geste "naturel" qui fait partie de sa journée. L'idéal est que cela devienne un automatisme.*

- *Oui, pour donner un coup de pouce à cette habitude, le système d'un calendrier peut être amusant et efficace. Un petit calendrier devant le miroir où l'on a coutume de se laver les dents. On colorie un soleil le matin et une lune le soir.*

- *Et pourquoi pas, l'enseignant peut régulièrement demander aux enfants s'ils se sont brossés les dents.*

- *Plus en guise d'encouragement que de contrôle alors...*

- *On peut aussi prévoir des séances "informations santé" pour les parents.*

- *Ecoute, on a déjà fait cela. Qui vient? Ceux qui se préoccupent déjà de la santé de leurs enfants. Moi je crois que ceux que nous désirons toucher peuvent se déplacer si leurs propres enfants leur parlent et non des spécialistes.*

- *C'est vrai que cela fait peur à beaucoup de parents. Ils ont l'impression qu'ils vont recevoir une leçon de morale. Notre but n'est pas de les culpabiliser, mais de les informer.*

- *Je crois que l'idée d'un petit spectacle où les enfants seraient acteurs amènerait les parents. On pourrait imaginer une saynète sur le thème des dents lors d'une fête scolaire.*

- *Et les enfants pourraient distribuer des revues pour les parents sur le thème... Il en existe quelques-unes.*

- *Faut voir... tu casses quand même un peu l'ambiance... Autant les distribuer plus tard, dans la semaine. Quand les enseignants reparlent de cette fête, de la réaction des parents, et là ...*

LES OUTILS

DU PALPABLE ET DU CONCRET

- *Alors Zygomatic, tu as fait ton marché et déniché quelques accessoires et idées susceptibles d'amener le déclic et le sourire?*

- *Et oui, d'abord **cette petite mâchoire très futée.***

C'est vrai, pourquoi s'échiner à dessiner une mâchoire, surtout lorsqu'on est pas doué? De plus, les deux dimensions ne permettent pas à l'enfant de visualiser les coulisses de sa bouche, la face interne de ses dents. Beaucoup d'ailleurs ne lavent pas ces faces-là. Alors, j'ai trouvé cette pince à spaghettis cocasse, mais tout à fait surprenante.

- *Oui, elle reprend avec une précision étonnante nos 32 dents.*

- *Je l'ai achetée dans un magasin de farces et attrapes pour 99 frs... Ce n'est pas une blague.*

Les parents

Pour prolonger le thème de l'hygiène dentaire à la maison, l'enfant peut être un bon vecteur de communication. Il n'existe pas de recette miracle mais une série de moyens à affiner ou tester selon ses convictions.

LES OUTILS

On le sait, les enfants peuvent très vite avoir des notions inexactes pour avoir mal interprété des explications. Dès lors, rien de tel que les objets ou tout ce qui est concret: ils facilitent l'acquisition et l'intégration des connaissances.

Une petite mâchoire en modèle réduit, des comprimés révélateurs de

- En tous cas, cela peut permettre d'expliquer les différentes fonctions des dents.

- Tu peux faire aussi une démonstration d'un bon brossage.

- Oui, bien que je reste persuadée qu'il faut prendre le temps avec chaque enfant de lui expliquer personnellement. Manier avec lui sa brosse à dents dans la bouche.

- Il y a aussi les comprimés révélateurs.

Si on a fait un brossage en classe, on peut utiliser les comprimés.

- Il faut quand même signaler qu'ils peuvent tacher méchamment les vêtements.

- Oui, il suffit de prévoir un sac poubelle au fond coupé; l'enfant se couvre ainsi sans risque.

- Pour ne pas que cela soit trop difficile à gérer, on peut faire l'expérience auprès de trois enfants qui se sont brossés les dents.

- Oui, cela permet de démontrer d'une manière attrayante que les gestes effectués ne sont pas toujours corrects. Les dents colorées en rouge en sont la preuve.

- Et puis, il faut aussi parler du Dentibus. Il faut bien sûr aborder la visite chez le dentiste. Dédramatiser l'événement...

- L'avantage de cette formule est de pouvoir rencontrer un dentiste et comprendre les soins dentaires. Contacter un dentiste est délicat. La profession estime qu'il s'agit d'une démarche publicitaire, ce qui est interdit (voir p. 9).

LE SON, L'IMAGE ET LES ANIMATIONS

- Un document vidéo reste un point de départ pour amener une discussion au sein de la classe. J'ai eu l'occasion d'en visualiser quelques-uns. (cf outils)

- Il y a aussi des cassettes audio telles la cassette "Croque Santé", un conte en musique. Par le biais de la fiction, le conte permet de reprendre les objectifs spécifiques de la thématique des dents. Sur l'autre face de la cassette, on découvre deux chansons, chacune d'une durée de trois minutes. Le temps d'assurer une séance de brossage en bonne humeur.

Et si vous aimez les jeux de rôles, un comédien peut venir faire une animation où les dents et les enfants tiennent la vedette, etc.

Références des outils

Les livres pour enfants

RUSSELMANN A., Rue des Caries Ed. Nord Sud 1993
MAC GUIRE L., Brosses tes dents Ed. Albin Michel Junior 1993
TAVIS K., Pomme a mal aux dents Ed. Image et Page 1993
PISTINIER S., Chloé et la dent de lait Ed. Kaléodascope 1992
BREEZE L., Première Quenotte Ed. Albin Michel Junior 1992
STEIG W., La surprenante histoire du Dr De Soto Ed. Gallimard Jeunesse 1992 - Format poche Benjamin 1993
BARBIER J-C., Ont-ils des dents? Ed. Mango Coll. Mini Livre 1991
EGNER T., Cariés et Bactus Ed. esprit ouvert 1991
DOLTO C., Les dents de lait Ed. Hatier 1988 Collection Mine de rien
WINNICKI M. et VIDAL A., Oh les bonnes dents Ed. Hatier, Col. Grain de sel 1987
IMPEY R. et VIDAL A., Le monstre de la brosse à dents Ed. Albin Michel Junior 1987
TURK H., Alex a mal aux dents, Ed. Centurion jeunesse 1986
DUKE K., Au lit Ed. Duculot, coll. Moïse le hamster 1986
Des dents pour mieux croquer Ed. Gallimard jeunesse, Collection Découvertes Benjamin. 1984

plaque dentaire, il suffit parfois de peu pour captiver l'attention de l'enfant. Les vidéos, l'audio, les animations, sont aussi des outils qui font partie de son monde de communication. A ne pas négliger...

Les vidéos, diapos, cassettes audios pour enfants

Sur la connaissance des dents:

«Archibald le Magichien» n°3 partie 2 - Ref. SG 9003

Sur la consommation des sucreries

«Archibald le magichien» n°1 partie 4 - Ref. SG 9008

« Bon appétit » - Ref. SA 0506

Sur le brossage des dents

«Archibald le Magichien» N°1 partie 5 Ref. SG 9001

«Archibald le Magichien» N°2 partie 1,2,4 Ref. SG 9002

«Archibald le Magichien» N°3 partie 2 Ref. SG 9003

«Archibald le Magichien» N°5 partie 4 Ref. SG 9005

«Archibald le Magichien» N°6 partie 2 Ref. SG 9006

«Archibald le Magichien» N°9 partie 5 Ref. SG 9009

Sur la visite chez le dentiste

«Archibald le Magichien» N°6 partie 2 Ref. SG 9006

Ces cassettes video sont disponibles à la Médiathèque de la Communauté française de Belgique et son réseau de diffusion. Pour info : 02/737.18.11.

Dr Quenotte et la planète des dents - coffret vidéo ou diapos avec cassette audio. Vidéo comme diapos sont accompagnées d'un dossier pédagogique, 4 fiches pour les élèves et deux posters pour la classe - 1993 - Colgate Palmolive Bd de la Woluwé, 58 1200 Bruxelles. N.B.: les demandes doivent émaner de directeurs d'école.

Brigade Rouge et Blanc, En route pour de meilleures dents - diapos avec cassette audios plus fascicule pour les enfants Signal. Contacts: Agence Lintas : 02/773.66.11.

Cassette " Rock Santé " conte + 2 chansons à partir de 5 ans jusque... accompagnée d'un poster "Matin et Soir en Chantant" 100 frs Question Santé - 02/ 512 41 74.

Les livres pour adultes

Vos dents et vous Ed Vander 1994

DUPERYAT G La vie à pleines dents Ed Archipel 1993

ELKABBACH M. et IRSA A., Les dents: histoire, beauté, santé, soins, Ed. Flammarion 1987

Les brochures et les dépliants

A l'intention des infirmières ou des enseignants

- Dossier enseignants dents 2000 accompagné d'un dossier pédagogique - 20 frs chacun - Croix-Rouge, Service Education à la Santé, Place Brugmann, 29 - 1060 Bruxelles - 02/ 346 02 37

- Notions d'Hygiène Dentaire, 15 p, Fondation pour la Santé Dentaire, Avenue de Fré -1180 Bruxelles - 02/ 374 97 71

Génération ONE «La santé à belles dents» N°10 - ONE, 84-86, Avenue de la Toison d'Or - 1060 Bruxelles - 02/ 542 12 11

- Educa Santé N°51 - Dossier spécial sur les dents.

A l'intention des parents

- Magazine Espace Santé avec encart en langue turque et arabe gratuit disponible à: Question Santé, 72, rue du Viaduc - 1050 Bruxelles.

- Assurance sourire - Hygiène dentaire : à vous de jouer - Infor Santé, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, rue de la Loi, 121 -1040 Bruxelles - 02/ 237 48 53

Médecin - dentiste: combien dois-je payer - Infor Santé, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes - 1994

A l'intention des enfants

Moi, je me les brosse - 1^{er} et 2^{ème} primaires - 5 frs - Croix-Rouge - Service Education à la Santé, Place Brugmann, 29 - 1060 Bruxelles - 02/ 346 02 37

Je joue avec Kitou - 3e - 4e primaire - 5 frs - Croix-Rouge

La récré de Kitou - 5e - 6e primaire - 5 frs - Croix-Rouge.

Le fluor, l'ami de vos dents - CFES - 2, Rue Auguste Comte - 92170 Vanves - France (dépliant et poster)

J'entretiens mes dents en m'amusant - CFES voir adresse ci-dessus.

La Fondation pour la Santé Dentaire a ouvert depuis peu une bibliothèque-ludothèque. Elle prête ou vend du matériel pédagogique : dépliants, posters, autocollants, mâchoires et brosses à dents géantes. Il existe un catalogue répertoriant tout ce matériel. Av. de Fré, 19 - 1180 Bruxelles. Tél.:02/375.81.75.

Les animations

- Le dentibus: description voir « On a testé » p 9

- Jeux de rôles « Croque Santé »: jeux interactif pertinent et drôle d'une durée d'une heure effectué par un comédien professionnel. Pour infos: Question Santé - 02/ 512 41 74.