



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

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:

Nous vous rappelons les délais pour nous envoyer l'annonce d'une activité organisée par votre service ou institution (rencontre, colloque, conférence sur un thème d'éducation pour la santé, etc). Trop souvent, en effet, nous recevons l'annonce d'une activité prévue dans le courant du mois... au début de ce même mois, ce qui ne permet pas au mensuel que nous sommes d'en faire profiter nos lecteurs. C'est dommage!

Sachez que nous bouclons le numéro aux alentours du 10 du mois précédant la parution de la revue. Pour avoir toutes les chances que votre annonce soit publiée dans Education Santé au mois de mai par exemple, il faut donc nous l'envoyer au plus tard le 10 avril. Tenez également compte du fait que nos lecteurs doivent avoir le temps de s'inscrire: n'attendez donc pas le dernier moment. Il ne nous faut pas un programme complet de votre activité; un simple aperçu du thème traité et les renseignements pratiques (jour, heures, lieu, frais d'inscription) nous suffisent.

Merci pour votre collaboration!

En direct de la Médiathèque

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

Deux programmes de prévention des accidents domestiques - animation de dessins.

Stop SW9734
 Stop (n°2) SW9735

Disponibles aussi à la Médiathèque
 Série "L'odyssée de l'esprit"

3. Les mémoires SA2227
 4. Le vieillissement SA2228

5. L'homme et les machines intelligentes SA2229
 Le sixième épisode sera disponible ultérieurement.
 Tueurs d'enfance SA2231

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

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, documentation, abonnements: Maryse Van Audenhaege.

Comité de rédaction: Pierre Anselme, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Michel Demartéau, Anne Fenaux, Jacques Henkinbrant, Geneviève Houioux, Roger Lonfils, Vincent Magos, Thierry Poucet, Marianne Prévost, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Eric Vandersteenen.

Editeur responsable: Edouard Descampe.

Maquette: Philippe Maréchal.

Mise en page, photogravure et impression: Economat ANMC.

Tirage: 2.300 exemplaires.

Diffusion: 2.000 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

Réflexion

Grain de sable: évaluation d'un vidéogramme
 par Jean-Luc Collignon, Jacqueline Delville et Michel Mercier
 p. 2

Initiatives

Les modules d'animation de l'OE.
 par Claude Lemoine
 p. 9
 Starting Bloqué
 p. 10

La santé, cela s'apprend aussi socialement
 p. 13

Matériel

Une nouvelle publication Infor Santé-Question Santé
 p. 15

Lu pour vous

Le Baromètre santé des Français
 p. 29

Prévention sida

Evaluation de la campagne de solidarité
 p. 32

Vu pour vous

10 ans d'éducation pour la santé à la Médiathèque, part I
 par Eric Vandersteenen
 p. 35



photo Zafar

REES
 le Réseau Européen
 d'écoles en santé

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.



Grain de sable: évaluation d'un vidéogramme

Introduction

Malgré les résultats positifs du spectacle de marionnettes (voir notre article dans le numéro précédent d'Education Santé), celui-ci présente des inconvénients majeurs qui limiteront son intérêt dans l'utilisation: il nécessite le déplacement d'une troupe de théâtre et de son matériel, il est peu flexible et adaptable, les frais de représentation sont élevés, ce qui implique que les écoles ne peuvent les couvrir seules et que le nombre de représentations par an est limité par les subsides disponibles.

Avec l'aide du Département de Psychologie (FUNDP) et du Centre d'Education du Patient (Godinne), le service Infor Santé des Mutualités Chrétiennes de Namur décide d'adapter le spectacle en vidéogramme. Cette adaptation, sans demander de gros investissements, devrait se révéler moins coûteuse à l'usage, facilement diffusible et aisément adaptable en fonction du public. Le public cible demeure les enfants d'école primaire et les utilisateurs potentiels de première ligne sont les enseignants.

A partir du vidéogramme, un travail a été entrepris avec un groupe de personnes du terrain, dont les enseignants, afin de déterminer le mode d'utilisation le plus approprié du vidéogramme: il a été ainsi proposé de l'intégrer dans une semaine à thème sur le sommeil, sous forme de 5 séquences d'environ 10 minutes, une par jour, exploitées par des animations et l'intégration d'éléments d'information dans les cours.

La collaboration avec les enseignants s'est poursuivie dans la réalisation d'un cahier d'accompagnement destiné à l'enseignant et un autre destiné à chaque élève. Des animations ont été élaborées et testées sur le terrain; un premier projet de cahier a été réalisé et évalué avec les enseignants; ceci a permis la rédaction définitive des 2 cahiers. L'édition est devenue réalité grâce à la revue Education Santé.

Le cahier de l'enseignant contient la méthode d'utilisation du vidéogramme, quelques éléments de théorie,

des exemples d'animation et de possibilités d'intégration dans les cours. Le cahier de l'élève contient un rappel théorique et des exercices ou jeux. Il permet entre autres un lien d'information et une continuité avec les parents.

Une évaluation du vidéogramme a été réalisée par le Département de Psychologie (FUNDP) sans l'utilisation du cahier pédagogique encore en projet à l'époque. Elle sera développée ici en détails.

La diffusion est notamment assurée par la Médiathèque de la Communauté Française ainsi que par le service Jeunesse et Santé des Mutualités Chrétiennes de Namur et le Département de Psychologie.

Méthodologie

Echantillon

L'évaluation s'est déroulée dans deux écoles de Liège et une de Braine-le-Comte. L'ensemble de l'expérience a pris une semaine dans chaque école. L'échantillon comprenait 18 classes de quatrième et cinquième années primaires, soit 386 élèves.

Plan expérimental

Nous avons opté pour le plan expérimental qui nous semblait le plus réalisable, qui présentait le moins d'inconvénients, et le plus proche des situations réelles d'utilisation du vidéogramme. C'est-à-dire le vidéogramme diffusé en une seule fois (groupe B), ce qui permet, par exemple à une infirmière d'un centre médical scolaire de passer le vidéogramme selon la disponibilité des enfants, pendant une heure et demie; ou bien, le vidéogramme diffusé en une semaine (groupe A), une séquence par jour: solution qui a été déterminée comme la plus favorable par un groupe de travail avec des enseignants. Un groupe contrôle (C) était également constitué. Ces 3 groupes ont été réalisés dans chaque école et pour chaque niveau, la répartition étant faite au hasard.

Quel que soit le groupe expérimental (EXP) ou contrôle (CTR), le pré-test

se situe le 1er jour de l'expérience (durée 1h30: un questionnaire d'enquête est administré en même temps) et le post-test le 5e jour (durée 40 min.).

Selon les groupes, les schémas expérimentaux sont différents:

groupe A: les élèves recevaient une séquence (durée 10 min.) suivie d'une animation (durée 15 min.) tous les jours, pendant une semaine (25 min. par jour).

groupe B: le 1er jour, les enfants assistent au vidéogramme, entrecoupé d'animations (durée 1h15).

groupe C: les enfants du groupe CTR ne voient pas le vidéogramme entre le pré-test et le post-test. Ils voient le montage une fois l'expérience terminée.

De plus, sur le temps de l'expérience, le choix est laissé à l'enseignant quant à l'exploitation ou non du sujet (animations, exploitation dans les cours, dessins, ...). Grâce à un bref questionnaire destiné aux enseignants, nous pouvons connaître le type d'activités entre le pré et le post-test dans chaque classe.

Matériel

Nous disposons pour l'expérience de deux copies identiques du vidéogramme, de deux téléviseurs couleur et de deux magnétoscopes VHS. Notons que les expériences A et B se déroulaient dans les situations naturelles les plus fréquentes pour la diffusion du spectacle, c'est-à-dire en classe ou dans une salle prévue à cet effet.

Outils d'évaluation

Au niveau des enfants

Les outils utilisés proviennent de l'évaluation du spectacle "Grain de sable". Cependant, toutes les questions ont été reformulées en QCM (questions à choix multiples) et certaines ont été supprimées, d'autres rajoutées. Il s'agit donc d'un questionnaire individuel adapté au niveau des enfants et agréable qui a été préalablement testé et remodifié. Un questionnaire a été mis au point pour le pré-test et un autre pour le post-test.

Hygiène bucco-dentaire

7 avril 1994

Votre sourire reflète de votre santé. Journée Mondiale de la Santé de l'OMS consacrée à la santé bucco-dentaire.

Renseignements: O.M.S., avenue Appia, CH-1211 Genève 27, Suisse, tél. 010.41.22.791.2111.

Périnatalité

Charleroi

21 avril 1994

Aider les femmes qui allaitent. Soirée d'information destinée aux futurs parents, jeunes parents et grands-parents.

Renseignements: Charleroi-Naissance Allaitement-Infos, Karine Roisin, avenue Général Michel 1b, 6000 Charleroi, tél. 071/33.02.29.

Sida

Mondorf-les-Bains (L)

21 - 23 avril 1994

Séminaire européen sur "Le sida - approche psychologique de la prévention et de l'aide dans l'espace européen".

Renseignements: Fondation européenne pour la Recherche et l'Intervention en Psychologie (F.E.R.I.P.), c/o Halbig Karin, rue du Plébiscite 1, L-2341 Luxembourg.

Sommeil

Charleroi

22 avril 1994

Soirée-conférence sur le thème du rêve, donnée par Marguerite Meuter, psychanalyste.

Lieu: Auditorium de l'Université du Travail, Bd Roullier 1, 6000 Charleroi.

Renseignements: Direction Générale des Affaires Sociales de la Province du Hainaut, Claudette Maggioni, rue de la Bruyère 157, 6001 Marcinelle, tél. 071/36.62.73.

Cancer

Liège

7 et 8 mai 1994

Formation à la gestion du stress du soignant.

Renseignements: Cancer et Psychologie, rue des Augustins 55, 4000 Liège, tél. 041/21.10.99.

Cancer

Bruxelles

Mai et juin 1994

Des formations de Cancer et Psychologie.

- 29 mai, 12 et 26 juin: formation de base.

- 4 et 5 juin 1994: formation à l'accompagnement des mourants.

- 11 et 12 juin 1994: gestion du stress du soignant.

Renseignements: Cancer et Psychologie, avenue de Tervueren 215/14, tél. 02/735.16.97.

Tabagisme

31 mai 1994

Journée Mondiale sans Tabac, "Les médias participent à la prévention du tabagisme".

Renseignements: O.M.S., avenue Appia, CH-1211 Genève 27, Suisse, tél. 010.41.22.791.2111. Pour la Communauté française: Caroline Rasson, Fares, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/512.29.36.

Immigration

Bruxelles

3, 4 et 5 juin 1994

La relation d'aide au risque du choc culturel. Public-cible: tout praticien de la relation d'aide et toute personne concernée par la prévention et par les difficultés psychologiques présentes chez les personnes ayant émigré et leur descendance. Nombre de participants limité à 20.

Renseignements: Institut de Formation CEFA, avenue de la Chasse 141, 1040 Bruxelles, tél. 02/733.75.00.

Santé mentale

Lorquin (F)

7 - 10 juin 1994

Festival Ciné-Vidéo-Psy de Lorquin.

Renseignements: Association Festival Psy, Centre Hospitalier, F-57790 Lorquin, tél. 87.23.14.12, fax 87.23.15.84.

Promotion de la santé

Lille (F)

27 juin - 2 juillet 1994

3èmes Rencontres Internationales de Promotion de la Santé: "La santé du terrain, le terrain de la santé".

Renseignements: Maison Régionale de Promotion de la Santé, Dr Matthieu Mereau, rue Jeanne Maillotte 4/6, F-59110 La Madeleine.

Divers

Le Centre de Recherche et d'Etudes sur la Sécurité, l'Ergonomie et la Promotion des Conditions de travail (C.R.E.S.E.P.T.) s'est installé depuis le mois de décembre 1993 à l'adresse suivante: Campus Erasme, route de Lennik 806, 1070 Bruxelles (1er étage), tél. 02/523.37.19, fax 02/523.73.03.

ASBL, centre Namur, loue des locaux à temps partiel à d'autres associations (activités similaires). Renseignements: Centre de Consultations Conjugales, R. Genard (secrétaire), place Maurice Servais 9 bté 15, 5000 Namur, tél. 081/22.39.39.

Emploi-offre

L'asbl "Hainaut Santé" recrute un(e) licencié(e) en sciences sanitaires option éducation à la santé dans le cadre d'un projet "Prime" d'une durée de 3 ans. Il faut s'adresser au Dr Thoubeau, rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré. Tél.: 065/87.27.00.

Emploi-demande

Michèle Florquin, licenciée en sciences, excellente connaissance du milieu médical, désireuse de travailler dans le domaine de l'éducation pour la santé. Communication écrite - verbale (rédaction d'articles, conférences,...). T.C.T. Rue Berkendael 189, 1060 Bruxelles.

Les documents renseignés dans cette rubrique peuvent être consultés au centre de documentation d'Infor Santé, rue de la Loi 103, 2^e étage.

Le centre est ouvert le lundi, mardi, jeudi et vendredi, uniquement sur rendez-vous pris au 02/237.48.53.

ADOLESCENT

Le bien-être psychosocial des jeunes. Résultats partiels de l'enquête comportements des jeunes 1990, PROMES ULB, Bruxelles, Santé Pluriel, n°11, 1993, 29p., vij27

ALIMENT

A votre santé! 100 boissons sans alcool pour toutes les circonstances, Association contre le Cancer, Bruxelles, 1993, 128p., ala20

ALIMENTATION

BARTELEMY L., MOISSETTE A., WEISBROD M., Alimentation et petit budget, C.F.E.S., Vanves, 1993, (La Santé en Action), 166p., 95FF, ali61

ANATOMIE/PHYSIOLOGIE

JENARD H., PERISSINO A., MINTIENS E., Le corps et son fonctionnement. IV La respiration - le sang - la circulation sanguine, GERM / Cultures et santé, Bruxelles, Cahiers du Germ (Outils), n°226-227, 1993, 62p., 500FB, hya13

EDUCATION POUR LA SANTE

Répertoire des périodiques francophones voués à la promotion de la santé - 1^{ère} édition, Bureau de Liaison du REFIPS, Montréal, 1993, eps59

ANDRIEN M., BEGHIN I., Nutrition et communication. De l'éducation nutritionnelle conventionnelle à la communication sociale en nutrition, Paris, Ed. L'Harmattan, 1993, 157p., eps60

EXERCICE PHYSIQUE

DU BLED N., CASTIAU J.P., MONTUÏLET I., et al., Sports en jeux. Prévention des accidents de sports et de loisirs. Cahier pédagogique, Centre Coopératif de la Consommation, Bruxelles, 1994, 48p., aph27

LEONARD A., DU BLED N., Raymond le champion, Centre Coopératif de la Consommation, Bruxelles, Ed. Labor, 1994, 475FB, aph28

FORMATION

TINANT N., Guide de l'animation santé, Cultures et Santé, Bruxelles, Ed. Vie Ouvrière, 1993, 149p., 380FB, for45

HOMEOPATHIE

ROBERT M., Guide homéopathique familial, Femmes d'Aujourd'hui, Bruxelles, 1993, (Les pratiques de Femmes d'Aujourd'hui), 66p., mah16

HYGIENE BUCCO DENTAIRE

La santé à belles dents. Informations et prévention en santé bucco-dentaire, ONE, Bruxelles, Génération ONE, n°10, 11/93, 38p., hyb12

Information et éducation à la santé bucco-dentaire, ONE, Bruxelles, 1993, 67p., hyb13

MALADIE

MEEUSEN R., GEERTS P., Mal à dos? A vous de réagir!, Kalmthout, Ed. Biblo, 1993, 364p., 895FB, pat56

MALADIE INFECTIEUSE

Gérer sa santé face aux maladies infectieuses. Dossier pédagogique à l'usage des enseignants, Croix Rouge de Belgique / Provac, Bruxelles, 1993, 99 fiches, pin07

MEDICAMENT

BOULANGER N., Le guide des médicaments pour le consommateur, Question Santé, Ed. Biblo, 1993, 632p., 2000FB, med60

Les pays en voie de développement: les abus de la publicité pharmaceutique, PIMED (Pour une Information Médicale Ethique et le Développement), Paris, 1993, 28p., 30FF, med61

Les médicaments... et nous, Commission MOC 3^{ème} âge / Infor Santé ANMC, Bruxelles, 1993, med62

DESCOUTURES J.M., Le bon usage des médicaments, Paris, Frison Roche / SIDEM, 1988, 400p., med63

OLIVIER C., Description et évaluation du projet d'intervention sur "Les médicaments chez les personnes de 55 ans et plus", Département de Santé Communautaire de l'Outaouais Direction de la Santé Publique de l'Outaouais, Hull (Québec), 1991, 126p., med64

OLIVIER C., Les médicaments: oui... non... mais! Guide d'animation. Rencontre 1 - Information générale sur les médicaments (2^e éd.), Département de Santé Communautaire de l'Outaouais Direction de la Santé Publique de l'Outaouais, Hull (Québec), 1993, 59p., med65

OLIVIER C., Les médicaments: oui... non... mais! Guide d'animation. Ren-

contre 2 - Les somnifères (2^e éd.), Département de Santé Communautaire de l'Outaouais Direction de la Santé Publique de l'Outaouais, Hull (Québec), 1993, 44p., med66

OLIVIER C., Les médicaments: oui... non... mais! Guide d'animation. Rencontre 3 - Les médicaments anti-inflammatoires (2^e éd.), Département de Santé Communautaire de l'Outaouais Direction de la Santé Publique de l'Outaouais, Hull (Québec), 1993, 40p., med67

OLIVIER C., Les médicaments: oui... non... mais! Guide d'animation. Rencontre 4 - Les laxatifs (2^e éd.), Département de Santé Communautaire de l'Outaouais Direction de la Santé Publique de l'Outaouais, Hull (Québec), 1993, 57p., med68

OLIVIER C., Les médicaments: oui... non... mais! Guide d'animation. Rencontre 5 - Les tranquillisants (2^e éd.), Département de Santé Communautaire de l'Outaouais Direction de la Santé Publique de l'Outaouais, Hull (Québec), 1993, 47p., med69

OLIVIER C., Les médicaments: oui... non... mais! Guide d'animation. Rencontre 6 - Rencontre - Synthèse (2^e éd.), Département de Santé Communautaire de l'Outaouais Direction de la Santé Publique de l'Outaouais, Hull (Québec), 1993, 47p., med70

OLIVIER C., Les médicaments: oui... non... mais! Guide d'animation. Aides techniques (2^e éd.), Département de Santé Communautaire de l'Outaouais Direction de la Santé Publique de l'Outaouais, Hull (Québec), 1993, 47p., med71

Médicaments et sida: le prix à payer!, Consult asbl, Liège, 1993, 13p., 100FB, med72

PSYCHOLOGIE

LIEURY A., La mémoire - du cerveau à l'école, Paris, Ed. Flammarion, 1993, (Dominos; n°2), 126p., psy20

SANTE

ROSSANT L., ROSSANT - LUMBROSO J., Votre santé, Paris, Ed. R. Lafont, 1993, (Bouquins), 2027p., 1500FB, san52

Le petit dictionnaire de la santé, C.F.E.S. / Le Quotidien du Pharmacien, Paris, 1993, 112p., san53

Dans l'élaboration du questionnaire, nous avons tenu compte des aspects informatifs, de la forme du vidéogramme et de la manière dont il peut modifier l'attitude face au sommeil.

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

Les modifications d'attitudes ont été évaluées uniquement avec des questions ayant une correspondance entre le pré-test et le post-test. Parmi ces questions, nous en distinguons 5 pour lesquelles nous posons un jugement de valeur; pour les autres, cela ne nous est pas possible (tableau 1).

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

Au niveau des enseignants

Etant donné la marge de liberté dont jouissaient les enseignants quant à l'exploitation du sujet, un questionnaire leur a été remis en fin d'expérience pour les interroger sur la forme et le contenu du vidéogramme, mais aussi sur l'exploitation du thème.

Traitement et analyse des résultats

Les 21 questions portant sur les connaissances et avec correspondance au pré-test et au post-test ont été traitées par la méthode du MUCER permettant d'apprécier la maîtrise, l'utilité, la conservation, l'efficacité et la rentabilité de chacun des objectifs spécifiques pour chaque classe. Il en est de même pour les 5 questions à jugement de valeur sur les attitudes. Les autres questions d'attitude ont été traitées de la même manière, mais n'ont été analysées qu'en terme de modification.

Les questions ne figurant qu'au post-test et portant sur les connaissances ou sur la forme du spectacle ont été analysées de manière plus classique et un simple calcul de pourcentage a été appliqué.

1. à quoi sert de rêver
2. rêve-t-on en noir et blanc ou en couleur
3. comment réveiller quelqu'un qui dort
4. on peut faire plusieurs rêves par nuit
5. le corps n'est pas immobile quand on dort
6. on respire quand on dort
7. le coeur bat quand on dort
8. retenir un truc pour bien dormir
9. quand doit-on aller dormir
10. pourquoi on a sommeil
11. rêver ne veut pas dire être malade
12. trop manger = mal dormir
13. film d'horreur = mal dormir
14. on ne doit prendre des cachets que si on est malade
15. lait chaud = bon sommeil
16. bon bain = bon sommeil
17. gros réveil = mauvais réveil
18. on ne doit pas tous dormir le même nombre d'heures
19. comment on sait qu'on a sommeil
20. on rêve toutes les nuits
21. aimer son lit
22. aimer sa chambre
23. aimer aller dormir
24. ce serait un non-sens de ne jamais vouloir aller dormir
25. se rappeler les rêves de la nuit
26. il faut aller se coucher quand on a sommeil

tableau 1: objectifs spécifiques

Pour l'analyse statistique, les tests de Fisher et de Mac Nemar ont été retenus. Le test de Fisher compare 2 groupes différents à un moment précis (au pré ou au post-test); le test de Mac Nemar compare un même groupe à deux moments différents (pré et post-test) et évalue son évolution.

Résultats et discussion

Apports du spectacle au niveau des connaissances du sommeil

Questions en correspondance avant-après le spectacle

Les 26 objectifs spécifiques retenus (21 sur les connaissances et 5 sur les

attitudes) et correspondant aux 26 questions ont été traités statistiquement et par la méthode MUCER.

Résultats statistiques

Nous avons tout d'abord vérifié l'équivalence des groupes expérimentaux (A et B) et contrôle (C) au départ pour l'ensemble des 26 objectifs.

Les groupes EXP A et B et le groupe contrôle C sont bien équivalents au pré-test. Le test de Fisher utilisé au post-test ne révèle pas de différence significative entre les groupes A et B. Par contre, la différence est significative au post-test entre le groupe contrôle et les groupes expérimentaux. Cela indique qu'un apprentissage s'est produit dans les deux groupes expérimentaux, à la différence du groupe témoin.

Par le test de Mac Nemar, il apparaît que le groupe CTR reste équivalent à lui-même au pré-test et au post-test, tandis que les groupes EXP A et B sont différents au post-test par rapport au pré-test. Le test de Mac Nemar semble montrer que le spectacle modifie les connaissances des enfants relatives au sommeil.

Si nous reproduisons le test de Mac Nemar de manière plus détaillée pour chaque classe prise séparément nous constatons que la situation est semblable quels que soient l'école et le niveau. Pour toutes les classes des groupes expérimentaux A et B, nous constatons une différence significative au seuil de 0.2%. Nous constatons aussi que pour toutes les classes CTR, sauf une, nous n'obtenons pas de différence significative au test de Mac Nemar. Pour cette classe, le seuil de signification est de 1%. Le questionnaire rempli par les enseignants nous apprend que cette classe, pendant le temps de l'expérience, a reçu des informations en éducation pour la santé, notamment sur le sommeil. Ceci nous permet d'envisager l'hypothèse suivante, à savoir que les informations reçues ont amené les enfants à un certain niveau de connaissance. De plus, cette classe est la seule parmi les groupes CTR à avoir reçu ce type d'information.

Nous pouvons donc dire que, au pré-test, nous n'observons pas de différence significative entre les groupes. Bien que le test de Fisher ne révèle

pas de différence significative au post-test, le test de Mac Nemar en montre une pour les groupes A et B, et une constante pour le groupe CTR. Cette évolution se retrouve pour chaque classe des groupes expérimentaux et pour une seule classe du groupe CTR. Ces résultats semblent montrer une équivalence des groupes au départ et une évolution pour les groupes expérimentaux A et B.

Indices MUCER globaux

Si on analyse les indices MUCER globaux (tous objectifs et tous les élèves confondus) des groupes expérimentaux A et B et du contrôle C (fig.1), nous constatons également des différences marquantes.

Rappelons la signification des indices du test de MUCER: la maîtrise (M) désigne le pourcentage d'élèves qui maîtrisent les objectifs au post-test; l'utilité (U) est relative au pourcentage d'élèves qui ne maîtrisent pas les objectifs au pré-test; la conservation (C) est le pourcentage d'élèves maîtrisant les objectifs au pré-test et les maîtrisant toujours au post-test; l'efficacité (E) équivaut au pourcentage d'élèves maîtrisant les objectifs au post-test, alors qu'ils ne maîtrisaient pas au pré-test; la rentabilité (R) est une moyenne des indices précédents.

Ici, nous observons que bien que l'utilité soit plus ou moins semblable dans les groupes EXP et CTR (37.6%, 35.6% et 36.5%), la maîtrise est beaucoup plus élevée dans les groupes A et B (79.2% et 78.8%) que C (64.1%) et l'ef-

ficiency est plus du double pour les groupes EXP par rapport au groupe CTR (64.7% et 61.5% contre 28.5%).

Nous remarquons également que, bien que l'utilité soit légèrement supérieure dans le groupe A qu'en B, la maîtrise est légèrement supérieure dans le groupe A; l'efficacité est également un peu plus élevée en A qu'en B, ainsi que la rentabilité.

Le spectacle a donc un effet positif au niveau des connaissances des élèves qui se révèle par une plus grande maîtrise après le spectacle et une efficacité environ double par rapport au groupe contrôle. La rentabilité est également nettement plus élevée (67% et 66% contre 54 %) et la conservation, bien que proche de la valeur du groupe contrôle, est également plus importante (88% et 89% contre 86%). Il semble également que le groupe A soit légèrement supérieur au niveau des indices M, U, E et R. De plus, bien que le test de Fisher soit non significatif entre les groupes A, B et C au post-test, l'indice de maîtrise indique une différence au post-test entre les groupes expérimentaux et contrôle. Les indices MUCER recourent donc les résultats du Fisher au pré-test et du test de Mac Nemar.

Indices MUCER par classe

L'utilité est pratiquement la même pour toutes les classes quels que soient les groupes. La conservation est à peu près la même dans toutes les classes, il n'y a pas de différence marquante. L'efficacité est nettement supérieure dans les groupes expé-

riementaux (A et B) par rapport au groupe C, de même que pour la classe pour laquelle le test de Mac Nemar est significatif.

La maîtrise et la rentabilité sont également plus élevées dans les groupes EXP.

Cette évaluation classe par classe va dans le sens des résultats précédents, c'est-à-dire: les classes sont équivalentes au départ et le vidéogramme semble avoir un effet positif, ce qui se marque au niveau des indices E, M et R qui sont différents dans les groupes EXP et CTR. L'indice de conservation est très bon pour toutes les classes (EXP et CTR).

Indices MUCER par objectif

Nous nous sommes attachés à vérifier si les 3 objectifs problématiques dans la version spectacle présentaient les mêmes problèmes avec la version vidéogramme (fig. 2,3,4). En effet, les objectifs "A quoi sert de rêver" et "Pourquoi on a sommeil" se présentaient dans l'évaluation précédente comme des objectifs fort utiles et peu maîtrisés au post-test. Il s'avère ici qu'il existe un gain supérieur dans les groupes EXP que dans le CTR au niveau de la maîtrise et de l'efficacité. Cependant, ce gain reste peu important et il y a même un problème de conservation pour l'objectif "A quoi sert de rêver". Nous remarquons aussi que l'efficacité pour cet objectif est plus faible pour le groupe A que le B.

Quant à l'objectif "comment réveiller quelqu'un qui dort" qui présentait en plus une mauvaise conservation pour le spectacle, nous observons que ce problème ne se pose plus ici et qu'il y a un gain non négligeable au niveau des indices d'efficacité, maîtrise et rentabilité, avec un avantage pour le groupe A par rapport à l'autre groupe EXP. Nous constatons d'ailleurs que l'objectif 17 ("un gros réveil signifie un mauvais éveil") présente le même profil.

Questions spécifiques au post-test concernant les connaissances

Etapes du sommeil

En ce qui concerne les étapes du sommeil (tableau 2), nous pouvons affirmer qu'elles ont été bien assimilées puisque, pour la question relative aux

santé, les sciences naturelles, les sciences appliquées, les médias, la communication, les sports, les loisirs, le tourisme, la C.E.E., l'éducation, l'éveil de l'imagination, etc. (et les quelques inclassables sont repris en divers).

Cinémathèque vidéographique

Une collection de près de 2.000 films de cinéma sur vidéocassettes VHS. "Les classiques d'hier, d'aujourd'hui ... et de demain": des grands auteurs aux nouveaux réalisateurs, une histoire du cinéma répertoriée dans les genres de la comédie, du drame, du policier, de l'aventure, des films pour enfants, des dessins animés, etc.

Vidéotheque musicale

Opéras, concerts, récitals, clips, etc.

Mais aussi d'autres collections vidéographiques éducatives:

Education à l'environnement

Une collection de plus de 150 programmes dans les domaines spécifiques des ressources et de l'espace (protection de la nature, gestion des ressources, aménagement du territoire), de la qualité du milieu (pollutions et nuisances, déchets, habitat et cadre de vie, risques naturels, risques technologiques), de la qualité de la vie (santé et environnement, développement), des actions, des technologies et métiers pour l'environnement, de la pédagogie de l'éducation à l'environnement. Le catalogue-guide, très complet, se compose de quatre parties complémentaires: réflexions (comprendre et pratiquer l'éducation relative à l'environnement, guide pour l'utilisation de l'audiovisuel en éducation à l'environnement), vidéos (classement thématique et critères de sélection, description et fiche d'appréciation pour tous les programmes sélectionnés), index (descripteurs, niveau d'enseignement, durée, titre, cote mcfb), informations (bibliographie commentée, index bibliographique, adresses utiles). Le catalogue-guide se présente sous la forme d'un clas-

Conseils pratiques pour réussir une animation à l'aide de supports audiovisuels

1. Assurez-vous que vous disposez du matériel nécessaire et que vous pouvez le faire fonctionner seul. Dans le cas contraire, prévoyez une aide.

Si vous avez repéré dans un document vidéo les séquences que vous voulez montrer à partir du compteur d'un magnétoscope, vérifiez, si nécessaire, l'équivalence de ces repères sur le matériel que vous utiliserez dans votre animation.

2. Visionnez le(s) document(s) que vous voulez montrer avant votre animation.

3. Soyez certain de l'usage que vous voulez faire de votre document vidéo.

On peut considérer trois types d'usage:

- Vous utilisez la vidéo comme une source d'information complémentaire à un autre apport transmis dans le cadre d'un cours, d'une animation, d'un atelier, etc.
- A l'inverse, vous utilisez la vidéo comme une source d'information première, sur laquelle vous prendrez appui pour un apport ultérieur. Dans ce cas, prévoyez quand et comment vous allez intégrer cet apport spécifique dans le cadre plus général de l'activité prévue ou en cours.
- Troisième type d'usage: le document vidéo utilisé comme une amorce, une rampe de lancement à un échange (type "écran témoin", "dossier de l'écran", etc.)

4. Conseil particulier pour les 2e et 3e types d'usage. Veillez à équilibrer les "tranches" de temps dévolues au visionnement d'un document vidéo et aux autres facettes de votre intervention d'animation.

5. Attention à la date de réalisation!

Vérifiez que les informations véhiculées par le document vidéo sont encore valables, surtout s'il est déjà ancien. Si ce n'est pas le cas, il faut prévoir d'actualiser et/ou de compléter ces informations.

Il peut être quelquefois préférable de s'abstenir plutôt que d'utiliser un document dépassé.

Michel Schlit et Eric Robert, Comité subrégional de l'emploi et de la formation de Namur et Magazine Insertion

seur. Des suppléments sont publiés tous les semestres.

Education aux médias audiovisuels

Acquérir un regard personnel sur l'audiovisuel, s'approprier signes et messages, les examiner de près, en un mot devenir un téléspectateur averti, voilà l'objectif du guide qui propose une démarche progressive en trois chapitres: s'initier, s'informer et se former.

Education des enfants aux médias audiovisuels

Ce guide fait suite au guide pour l'éducation aux médias audiovisuels et se veut une réflexion approfondie accompagnée de propositions d'actions.

Il est structuré en trois parties: réflexion, action, information.

Pour d'autres renseignements ou pour d'éventuelles collaborations, n'hésitez pas à prendre contact avec: Médiathèque de la Communauté française de Belgique, Place Flagey 18, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/640.38.15 - Télécopie: 02/640.02.91.

Eric Vandersteenen, Chef de projet à la Médiathèque de la Communauté française de Belgique asbl

La seconde partie de ce dossier "Médiathèque" abordera de façon détaillée la collection Education pour la santé

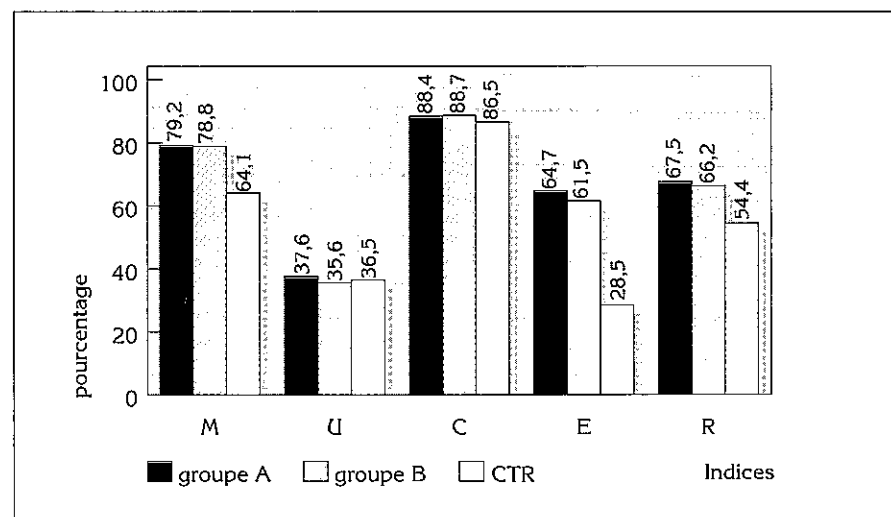


fig. 1: indices MUCER globaux

ment individuel ou collectif: l'idéal pour préparer une animation en sélectionnant le vidéogramme le plus adéquat ou la succession de séquences les plus intéressantes en fonction de votre projet pédagogique.

Une collection communautaire est chargée quant à elle de fournir à tous ces services et aux trois Discobus (médiathèques semi-remorques itinérantes qui desservent toutes les semaines les villes et localités des provinces du Hainaut, du Brabant, de Liège et du Luxembourg) les autres titres moyennant un délai d'une semaine (pour les services fixes) à trois semaines (en moyenne pour les discobus).

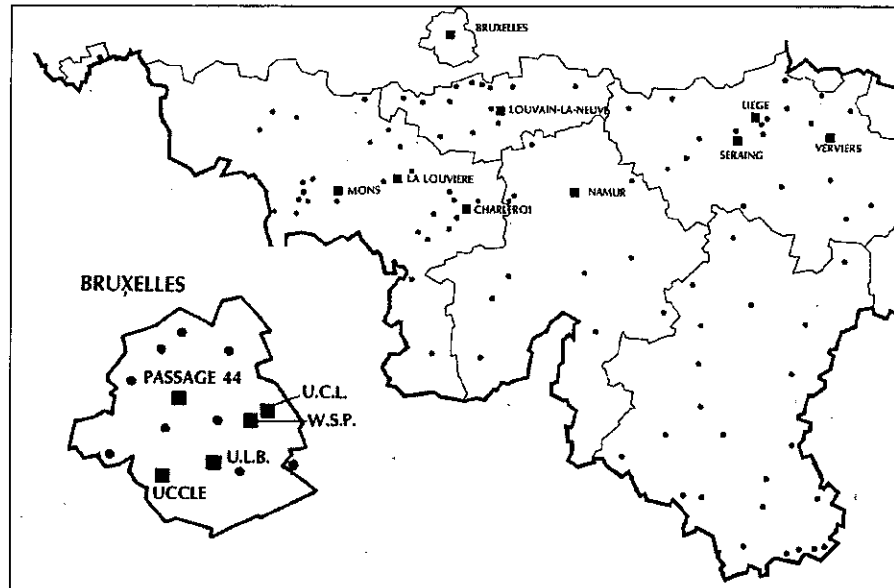
Pour plus d'informations sur la localisation précise et sur les heures d'ouverture de nos services, vous pouvez prendre contact avec le centre technique de la Médiathèque au 02/640.38.15. La réceptionniste ne manquera pas de répondre à toutes vos questions.

Vous pouvez également, si vous le souhaitez, prendre contact avec le secrétariat du département Education pour la santé au 02/640.38.15 ext. 373: des dépliants et des affiches (format 60/80) sont disponibles sur simple demande.

Conditions de prêt

Toutes nos vidéocassettes sont en prêt au prix unitaire de 100 FB par semaine. Rappelons que des tarifs encore plus avantageux sont offerts aux écoles et aux associations grâce à un abonnement forfaitaire qui permet d'emprunter au maximum 100 vidéocassettes par an; cet abonnement intéressant coûte toujours à l'heure actuelle 2.500 francs (10) et est valable durant une année à partir de la date d'inscription. Cela revient donc à 25 francs par programme et par semaine. Ce n'est pas un prix!

D'autres formules sont également possibles comme le prêt à longue durée ou des conventions particulières de diffusion comme celle signée avec l'Office de la Naissance et de l'Enfance: ces conventions facilitent l'accès aux programmes de la Médiathèque pour tous les travailleurs d'institutions qui, à l'instar de la Médiathèque, sont



largement décentralisées en Communauté française.

Enfin, nous proposons également, depuis près d'un an, une nouvelle formule plus souple: des dépôts de lots de vidéocassettes sont ainsi organisés sur base d'une convention spécifique réglant tout à la fois les conditions d'utilisation (dans le cadre d'une animation ou d'un projet encadré), les utilisations autorisées (visionnement sur place et sans aucun but lucratif), les coûts, les modalités pratiques de renouvellement ainsi que les modalités d'évaluation.

Pour plus de précisions concernant ces diverses possibilités de prêt, contactez Eric Vandersteenen au 02/640.38.15 ext. 336.

La Médiathèque, c'est aussi

Mais doit-on encore le préciser, la Médiathèque ne se limite pas, loin s'en faut, à la seule collection Education pour la santé. Il est bon de rappeler tout ce qu'on peut trouver dans cette véritable caverne aux multiples trésors.

La Médiathèque de la Communauté française de Belgique offre à tous ses membres (condition: une cotisation de 500 francs valable à vie) un service complet de diffusion culturelle: prêt de microsillons, de disques compacts, de musicassettes, de vidéocassettes, etc.

Discothèque

Une collection de médias (dont le nombre varie d'un service de prêt à l'autre) en libre accès, dans les différents domaines de la musique classique, l'opéra, la musique rock, la musique "new age", la musique ethnique et traditionnelle, le jazz, le blues, le "rythm and blues", la chanson française, la littérature, la musique de films, le bruitage, les documents historiques, les cours de langue enregistrés, les disques didactiques, etc.

Diathèque

Près de 2.000 séries de diapositives sur commande, dans les domaines de l'histoire, des sciences, des arts, de la littérature, des contes pour enfants, etc.

Vidéotheque d'intérêt général

Une collection de près de 4.000 vidéogrammes, dont de nombreux programmes de la R.T.B.F, de R.T.L.-T.V.I. et de producteurs internationaux dans les domaines de la littérature, la musique, le théâtre, la danse, la peinture, la sculpture, les arts graphiques, le cinéma, la photo, la vidéo, l'architecture, la religion, la philosophie, l'histoire, la politique, le droit, la justice, la sociologie, le mode de vie, l'ethnologie, le folklore, les traditions, l'économie, le travail, l'environnement, l'urbanisme, la médecine, la

(10) Ce forfait de 2.500 francs n'a pas augmenté depuis quasiment dix ans.

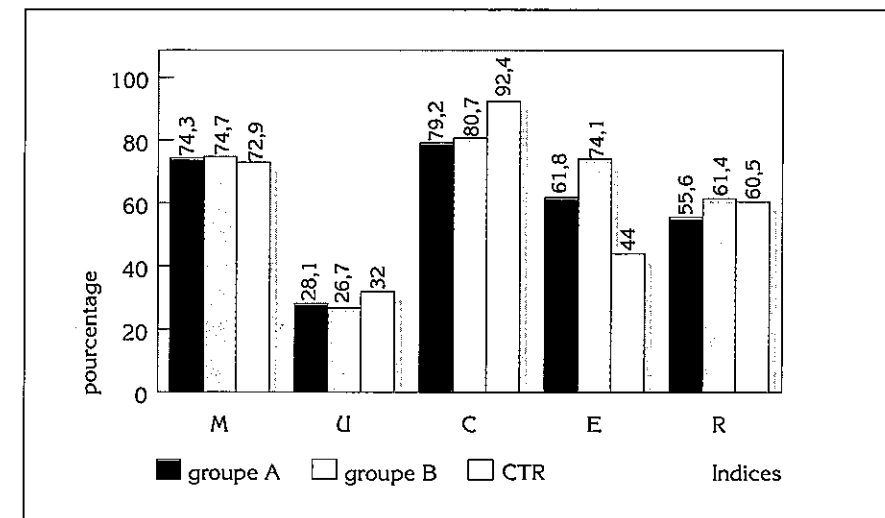


fig. 2: indices MUCER pour l'objectif "à quoi sert de rêver"

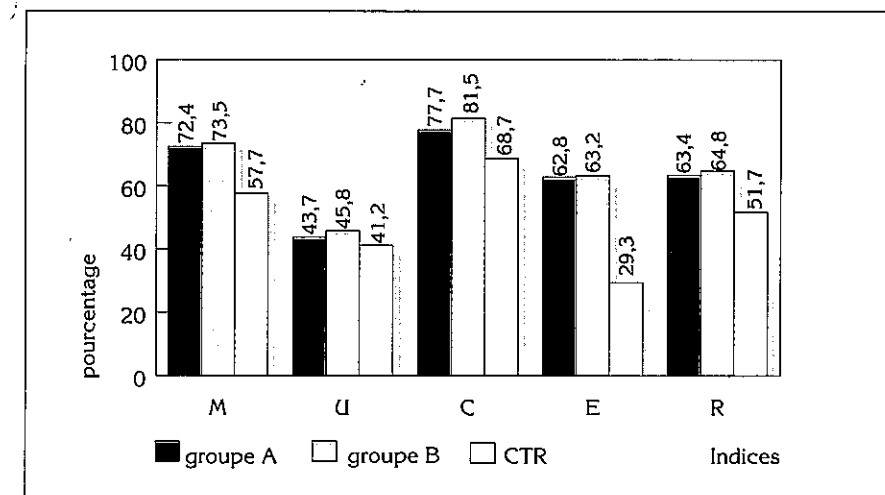


fig. 3: indices MUCER pour l'objectif "pourquoi on a sommeil"

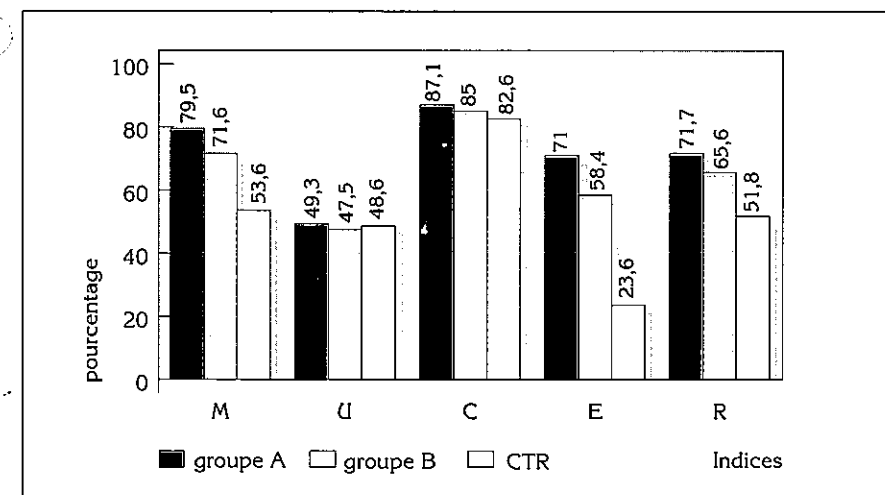


fig. 4: indices MUCER pour l'objectif "comment réveiller quelqu'un qui dort"

gares symbolisant les étapes du sommeil, 92 % des élèves se rappellent quelque chose : 81 % se rappellent la

gare d'"endormissement", 83 % "sommeil profond", 76 % "sommeil très profond" et 81 % "la gare des rêves".

| items | vidéo-gramme | spec-tacle |
|---|--------------|------------|
| nom des gares | | |
| se rappellent quelque chose | 92 % | 87 % |
| endormissement | 81 % | 55 % |
| sommeil léger | | 52 % |
| sommeil profond | 83 % | 60 % |
| sommeil très profond | 76 % | 45 % |
| rêves | 81 % | 65 % |
| bonsoir | | 65 % |
| dormir | | 15 % |
| réveil | | 1 % |
| bonjour | | 6 % |
| nombre de gares | | |
| on passe par 5 ou 6 gares | | 72 % |
| dessin du train de nuit | | |
| 4 ou 5 wagons dessinés | 74 % | 70 % |
| 5 wagons dessinés (dont ... dans l'ordre) | 59 % | 45 % |
| 4 wagons dessinés (dont ... dans l'ordre) | 15 % | 24 % |
| | 15 % | 19 % |

tableau 2: étapes du sommeil

De même, 86 % se souviennent que l'on passe par 5 ou 6 gares.

Dans une question similaire mais où les enfants répondaient en dessinant le train du sommeil avec les wagons représentant les stades du sommeil, 74 % des enfants dessinent 4 ou 5 wagons, 59 % dessinent 5 wagons dont 41 % dans l'ordre et 15 % dessinent 4 wagons dont 7 % dans l'ordre.

Ces résultats semblent donc tout à fait positifs, mais il est utile de signaler l'interférence des gares pirates que sont les gares "réveil" et "sommeil" (qui n'existent pas dans le vidéogramme).

Les cycles du sommeil

Ici aussi, les résultats sont positifs (tableau 3) puisque 91 % des élèves répondent qu'on fait plusieurs fois le tour de toutes les gares pendant la nuit : 72 % pensent qu'on fait 4 ou 5 fois le tour.

Pour ces questions de connaissances spécifiques au post-test, nous pouvons nous risquer à une comparaison entre le vidéogramme et le spectacle puisque les questions sont formulées et analysées de manière identique dans les 2 évaluations (tableaux 2 et 3). Nous constatons que les résultats sont nettement meilleurs pour le vidéogramme en ce qui concerne le nom des gares, le dessin du train de nuit et le nombre de cycles de sommeil.

Amélioration des connaissances

91 % des enfants affirment avoir appris quelque chose après l'expérience. Pour le spectacle, 86% des enfants répondaient positivement.

Nous pouvons donc affirmer que les enfants ont bien retenu les différentes

étapes du sommeil et le nombre de cycles, les pourcentages d'acquisition étant en effet très élevés. De plus, ils estiment pour la plupart avoir appris quelque chose. Les résultats obtenus semblent meilleurs que ceux observés lors de l'évaluation du spectacle.

Aussi bien au niveau des questions avec correspondance avant et après, par les tests statistiques et les indices MUCER, qu'au niveau des questions spécifiques au post-test, il nous semble pouvoir affirmer que le vidéogramme augmente les connaissances des enfants composant notre échantillon. Les résultats de l'évaluation des connaissances par les questions spécifiques au post-test semblent montrer une plus grande efficacité du vidéogramme que du spectacle. Cependant, la comparaison peut être biaisée par l'échantillon: celui sélectionné pour l'évaluation du vidéogramme ne comprend pas de niveau de 3e année (niveau qui paraissait d'ailleurs plus faible lors de l'évaluation du spectacle):

| pendant qu'on dort ... | vidéogramme | spectacle |
|--|-------------|-----------|
| on fait plusieurs fois le tour de toutes les gares | 91 % | 69 % |
| on fait 4 ou 5 fois le tour | 72 % | 21 % |
| on fait 2 fois le tour | | 27 % |

tableau 3: cycles de sommeil

| les enfants ... | vidéogramme | spectacle |
|--|-------------|-----------|
| ont bien aimé le spectacle | 86 % | 90 % |
| se sont embêtés | 4 % | 2 % |
| ont bien rigolé | 72 % | 86 % |
| l'ont trouvé trop gaga | 23 % | 8 % |
| affirment que ceux de leur classe ont bien aimé le spectacle | 72 % | 77 % |
| ont apprécié Pépé et Mélanie, les 2 marionnettes | 71 % | 88 % |
| ont aimé le petit train | 55 % | 79 % |
| disent ne pas aimer Pépé | 1 % | 5 % |
| disent ne pas aimer Mélanie | 1 % | 6 % |
| ont aimé la musique du spectacle | 82 % | |

tableau 4: appréciation de la forme du spectacle

Au niveau de la forme du spectacle

Une série de questions spécifiques au post-test tentait d'apprécier la forme du spectacle (tableau 4).

Au niveau de la forme, et au vu des résultats, le spectacle semble très apprécié. Cependant, il l'est plus en 4e qu'en 5e. Ils ont bien rigolé, ils ont bien aimé la musique et les marionnettes.

Nous observons également une différence entre la version vidéogramme et la version spectacle. En effet, pour la version spectacle, seulement 8% des enfants trouvaient le spectacle trop "gaga" (contre 23.3%) et 79% appréciaient le petit train (contre 55%).

Les impressions des instituteurs quant à la forme, recueillies par questionnaire, rejoignent celles des enfants. Les instituteurs affirment que le sujet est bien traité, que les tests sont attrayants, que le spectacle a le mérite d'être compréhensible pour tous les enfants. Certains soulignent que le vidéogramme est accrochant, qu'il suscite l'intérêt des enfants et qu'il permet d'aborder un sujet dont on parle peu. Selon eux, les enfants étaient impatients de voir la séquence suivante, tous en redemandaient. D'autres instituteurs, du groupe B, ont trouvé le film très complet, "peut-être trop copieux à digérer en un seul jour". D'autres encore ont manifesté le besoin d'avoir un support écrit (jeu,...) pour les animations entre les séquences.

Le vidéogramme semble donc adapté aux intérêts des enfants et des instituteurs quant à la forme. Les enfants l'ont apprécié dans son ensemble, les instituteurs ont trouvé que le sujet était bien mené et qu'il posait les bases d'une exploitation aisée auprès des enfants.

L'attitude face au sommeil

Pour cinq objectifs spécifiques (objectifs 21 à 25), portant sur l'attitude face au sommeil, nous avons émis un jugement de valeur. Ces questions ont été traitées par la méthode MUCER pour chacun des trois groupes (fig.5 à 9).

Nous observons que l'utilité pour les 2 premiers objectifs ("aimer son lit" et "aimer sa chambre") est très faible;

chir aux difficultés d'adaptation. Nous plaidons donc pour un minimum de sélection et d'adaptation pour offrir au public la diversité des documents et la responsabilité des choix.

Cette position nous l'appuyons sur un constat et deux arguments.

Le constat se manifeste tous les jours sur nos écrans de télévision et dans nos salles de cinéma. Les produits audiovisuels circulent déjà très largement en Europe et dans le monde: séries policières américaines, dessins animés japonais, films de toutes origines. Les différences culturelles ne semblent pas nous émouvoir. Il en est de même dans le domaine de la santé. Nous avons, en Europe par exemple, une majorité de problèmes communs, de besoins communs. Il existe déjà des documents audiovisuels qui touchent ou qui pourraient toucher tous les pays, essentiellement ceux qui cherchent à informer et à divertir. Un exemple parmi d'autres, "Et moi, d'où je viens?", dessin animé d'origine anglo-saxonne (7).

Le premier argument s'appuie sur la définition de l'éducation pour la santé comme une véritable matière culturelle. L'éducation pour la santé ne se limite pas seulement à l'apprentissage des règles d'hygiène et d'alimentation, à la prévention des maladies, ni même à la promotion de la santé. Elle doit faire de chacun de nous des individus capables de comprendre pour juger et décider librement et collectivement de nos actes. Le document audiovisuel, lorsqu'il est témoin de nos différences d'approches, mais aussi de la communauté de nos problèmes, nous aide à comprendre, juger et décider. Le regard sur les autres, le regard des autres, ne peut que nous enrichir. Nous pouvons cultiver nos différences si nous restons ouverts aux échanges culturels.

Le deuxième argument tient compte quant à lui du traitement des images et des sons par le spectateur. Le spectateur est toujours actif. Il sélectionne, trie, complète les informations audiovisuelles. L'adaptation des documents audiovisuels se fait donc de façon permanente par chacun de nous en fonction de notre culture nationale ou régionale, mais aussi de notre appartenance sociale, de notre personnalité, du moment que nous vi-

vons. N'est-il pas vain alors de chercher à sélectionner et à adapter selon nos critères d'experts? Ne vaut-il pas mieux au contraire, après avoir franchi la barrière linguistique, laisser les documents "bruts", sans les trahir davantage?

Nos efforts d'éducateurs pour la santé se porteront alors non plus sur les produits, mais bien sur les personnes pour les aider à comprendre. Nous avons en général trop tendance à vouloir tout prévoir, tout planifier, tout évaluer. Où s'exercera alors la liberté du public de découvrir, de choisir?

Or, faciliter l'accès d'un grand nombre de documents audiovisuels d'éducation pour la santé de qualité au plus large public possible, telle est bien la philosophie de la collection éducative Education pour la santé de la Médiathèque. Sur base de dix ans d'expérience dans ces domaines délicats que sont la sélection et la diffusion de documents audiovisuels, nous pouvons formuler une série de propositions afin de faciliter les échanges internationaux (8):

- faciliter la prospection par une banque de données européenne ou la mise en réseau de celles qui existent;
 - créer et diffuser des répertoires décrivant et commentant les documents disponibles, faciliter et soutenir la négociation sur les droits d'édition et de diffusion non-commerciale;
 - soutenir les frais de traduction et d'édition des documents d'un pays à l'autre (notamment le sous-titrage);
 - organiser régulièrement des festivals avec des productions européennes;
 - soutenir la création de documents écrits et audiovisuels sur l'utilisation de l'audiovisuel en éducation pour la santé;
 - organiser des formations et donner une dimension européenne à cette réflexion en abordant les aspects inter-culturels;
 - stimuler la recherche évaluative sur la réalisation, la diffusion et l'utilisation de l'audiovisuel dans des situations ou des échanges interculturels.
- Nous ne manquerons pas de vous tenir informés des initiatives et collaborations diverses qui pourraient voir le jour. La Médiathèque est prête, de son côté, à faire part de son expérience

spécifique dans le domaine de la sélection et de la diffusion des documents audiovisuels, à toute personne ou organisme intéressés.

Questions pratiques

Le temps est venu à présent de répondre aux questions que vous vous posez certainement tous, à savoir: où, quand et comment se procurer les vidéocassettes de la collection Education pour la santé, quelles en sont les conditions de prêt et leur coût, où consulter et se procurer le catalogue-guide de la collection, quelles en sont les conditions d'achat?

Où, quand et comment

Tous les programmes vidéo de la collection Education pour la santé sont diffusés en grand nombre. Ils peuvent ainsi être empruntés à tout moment dans l'ensemble des services de prêt de la Médiathèque, soit plus de 120 villes et communes en Wallonie et à Bruxelles(9). Voyez la carte page suivante vous contaterez que l'une de nos médiathèques (fixes ou itinérantes) est arrivée près de chez vous.

Sachez aussi que la plupart de nos services de prêt fixes disposent en permanence d'une sélection plus ou moins importante - *et réactualisée régulièrement* - de programmes de la collection (c'est le cas des médiathèques de Bruxelles - Passage 44, de Bruxelles - U.L.B., de Charleroi, de La Louvière, de Liège, de Louvain-La-Neuve, de Mons, de Namur, d'Uccle, de Verviers et de Woluwe-St-Pierre). Certaines médiathèques disposent aussi d'une infrastructure (appelée *vidéothéâtre*) permettant le visionne-

(7) Traduit et édité par les soins de la Médiathèque de la Communauté française de Belgique, de la Ligue des familles et de R.T.L.-T.V.I., "Et moi, d'où je viens?" est à l'heure actuelle un des documents vidéo les plus diffusés par les centres de prêt de la Médiathèque.

(8) Pour plus de précisions, voir l'article consacré au Festival de Royan, page 32, Education Santé N° 77 /avril 1993

(9) Il arrive parfois que tous les exemplaires disponibles dans votre médiathèque ou auprès de notre collection communautaire soient en prêt. Sachez toutefois que vous avez la possibilité de réserver à l'avance la cassette que vous souhaitez utiliser.

mettre leur toute-puissance et celle du média audiovisuel.

Ici, comme en tout, mieux vaut se gouverner soi-même, qu'être bien gouverné (3).

Pour envisager le futur

A ce stade de développement du projet, une évaluation qualitative doit être réalisée pour vérifier l'adéquation de l'outil (catalogue-guide, fonctionnement du prêt) aux nécessités des utilisateurs. Les conclusions de cette évaluation devraient notamment permettre une extension de la diffusion sous de multiples formes.

Extension de la diffusion

La Médiathèque a été chargée par le Ministère de la Communauté française, ayant la promotion de la santé dans ses attributions, de constituer et de diffuser le plus largement possible la collection vidéographique Education pour la santé. En plus de la diffusion traditionnelle par l'intermédiaire de son réseau de prêt décentralisé la Médiathèque souhaite développer la diffusion et la promotion de cet outil en trouvant de nouvelles pistes de collaborations avec divers pouvoirs publics organisateurs. A cet égard, la Médiathèque désire, par exemple, susciter et soutenir l'ouverture de vidéothéâtres, véritables vitrines de ses activités audiovisuelles. Ces vidéothéâtres sont des salles de visionnement gratuit, collectif et/ou individuel, de vidéogrammes d'intérêt général faisant l'objet de droits de diffusion négociés par la Médiathèque, à l'exclusion de tout autre type d'utilisation.

Une première expérience pilote est menée depuis le premier avril 1993 à Stavelot. Ainsi, un vidéothéâtre - salle de 36 places spécialement aménagée à la Bibliothèque communale - permet au public de venir visionner des vidéocassettes de la collection "Education pour la Santé" (par lot d'une trentaine de titres renouvelables tous les trimestres) durant les heures d'ouverture de la Bibliothèque. Les projections peuvent faire l'objet d'une animation. Pour toutes réservations ou informations complémentaires, s'adresser à la Bibliothèque

communale de Stavelot (Michel Vanderschaeghe - 080/86.23.25).

Internationalisation et développement du projet

L'expérience que la Médiathèque de la Communauté française de Belgique mène depuis dix ans montre bien que des programmes audiovisuels de qualité existent dans la plupart des pays européens. D'autres ont été réalisés aux Etats-Unis ou au Canada et sont disponibles en version française. On peut le constater une nouvelle fois dans la dernière édition du catalogue-guide de la collection Education pour la santé.

Toutefois, la circulation et la diffusion de ces programmes, la problématique des droits d'auteur, la disponibilité ou la réalisation de versions dans d'autres langues de la Communauté, par exemple, sont les trop nombreux obstacles à une utilisation optimale des productions existantes. Mais pourquoi continuer à produire quand nous gagnerions tous à mieux connaître et à adapter ce qui existe déjà?

Il me semble important de revenir ici sur quelques remarques, propositions, recommandations ou constats qui ont été faits lors du Festival "Education pour la Santé par l'audiovisuel (Royan, octobre 1992)" et qui sont toujours d'actualité, les pratiques n'évoluant pas toujours au même rythme que nos espoirs(4). Les aspects développés ci-dessous nous concernent directement dans notre pratique professionnelle.

Deux points de vue différents, mais complémentaires, alimentaient la réflexion sur la transférabilité des documents audiovisuels d'un pays à l'autre, d'une culture à l'autre. Cet aspect est l'un des plus importants dans le travail de recherche et de prospection que la Médiathèque mène d'une manière continue.

1. Adapter et non adopter les documents d'éducation pour la santé (5)

Les documents ne sont jamais transférables tels quels d'un pays à l'autre. Non seulement pour des raisons de

traduction, mais aussi de cultures, de styles de vie, de problèmes de santé, de structures institutionnelles, etc. C'est pourquoi il faut les transformer, les adapter aux situations spécifiques. Anne Charlton nous propose ainsi une série d'étapes à suivre:

- décider si le document est approprié pour l'usage que l'on voudrait en faire à partir d'une analyse de contenu;
- choisir la tranche d'âge d'utilisation;
- choisir la partie à modifier: le commentaire, une partie du contenu, etc;
- choisir la façon de faire la modification: commentaire oral, insertions, etc;
- vérifier le coût du changement;
- vérifier si l'adaptation correspond aux objectifs;
- évaluer.

2. Comment faciliter la circulation des documents audiovisuels d'éducation pour la santé (6)

On retrouvera ci-dessous la position commune de l'APES et de la Médiathèque dans ce domaine. Le travail de sélection et de diffusion que nous avons réalisé depuis dix ans s'est toujours inspiré de cette réflexion.

Pourquoi est-il si important de faciliter l'échange de nos documents audiovisuels? Nous pensons que nous ne devons pas nous arrêter aux arguments sur les limites de la transférabilité, sur nos différences de cultures, de styles de vie, de besoins ou de problèmes de santé, de structures institutionnelles. Il ne faut pas les nier, mais il faut les dépasser. Il nous semble plus important de réfléchir d'abord aux moyens de faciliter les échanges plutôt que de réflé-

(3) (Extrait du livre blanc du groupe Pédagogie et Audiovisuel, "Pour une éducation aux médias généralisée en Communauté française de Belgique", page 8).

(4) Un dossier spécial sur le festival de Royan a été publié dans le numéro 77 d'Education Santé (avril 1993).

(5) Intervention de Madame Anne Charlton du groupe de recherche sur l'éducation dans la prévention du cancer de l'Université de Manchester.

(6) Interventions de Messieurs Michel Demarteau (Ecole de santé publique de Liège) et Eric Vandersteenen (MCFB).

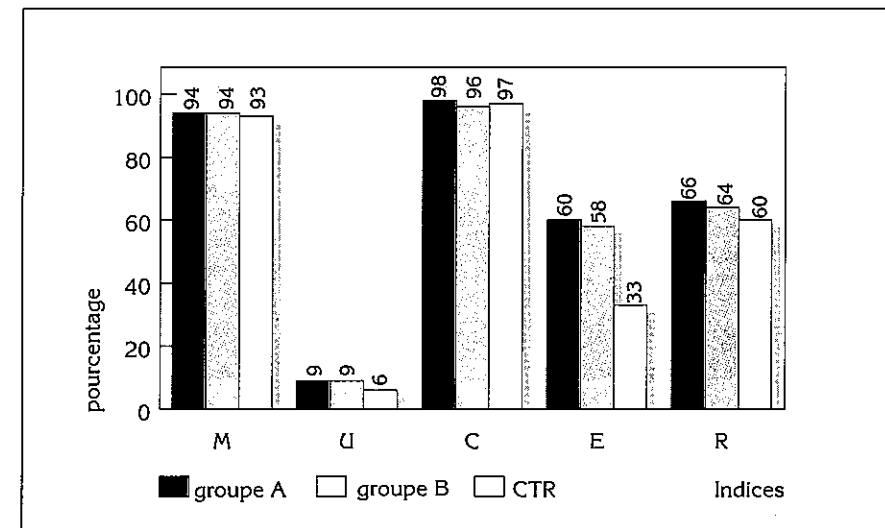


fig. 5: indices MUCER pour l'objectif "aimer son lit"

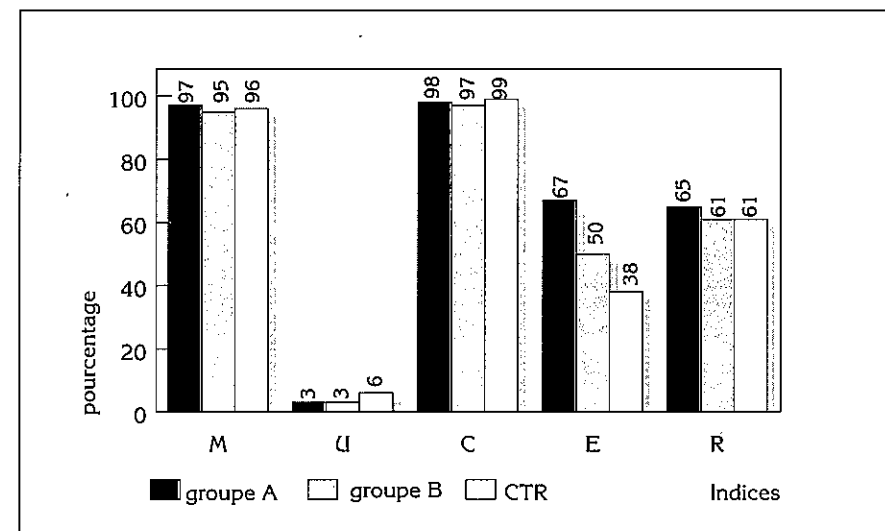


fig. 6: indices MUCER pour l'objectif "aimer sa chambre"

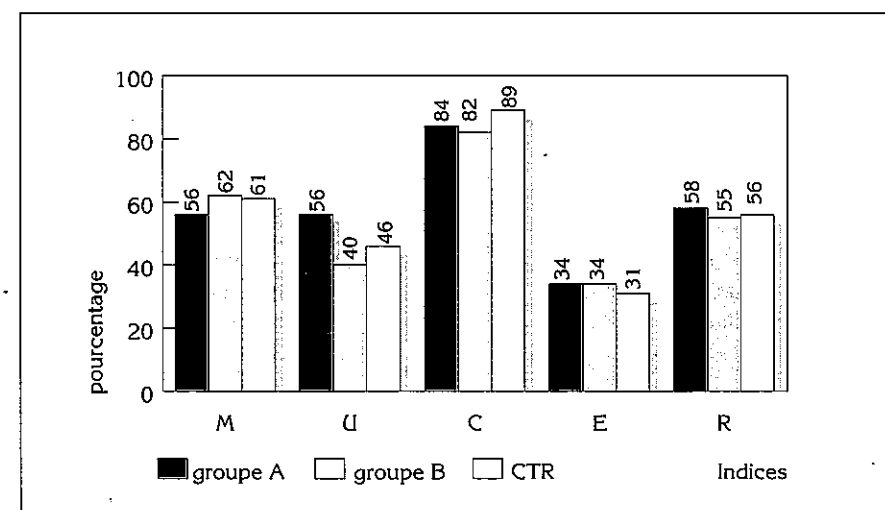


fig. 7: indices MUCER pour l'objectif "aimer aller dormir"

elle est plus élevée pour les objectifs "vouloir ne jamais devoir aller dormir" et "essaies-tu de te rappeler les rêves de ta nuit", mais surtout pour l'objectif "aimer aller dormir".

L'indice de maîtrise est semblable dans les trois groupes; il se montre parfois à l'avantage d'un groupe, mais nous ne nous y attachons pas car il est très lié à l'utilité qui n'est pas identique au départ. L'indice de conservation, fort semblable, peut cependant se montrer plus faible dans les groupes expérimentaux ("aimer aller dormir" et "vouloir ne jamais aller dormir") que dans le groupe CTR. Ceci mérite sans doute de l'attention. L'efficacité dans tous les cas semble meilleure pour les groupes expérimentaux, surtout pour le groupe A. En moyenne, l'efficacité du groupe A est de 51.3%, celle du groupe B de 44% et celle de C de 38.1%. L'indice de rentabilité montre peu de variation: en moyenne pour les 5 objectifs, celle-ci varie dans le même sens que l'efficacité (61.6% pour A, 58.7% pour B et 58.1% pour C).

En conclusion, il nous semble pouvoir affirmer que le vidéogramme induit une modification positive des attitudes, même si l'effet observé est faible. Nous observons également une très légère différence entre les 2 groupes expérimentaux et l'avantage de celui qui reçoit le vidéogramme de manière séquentielle sur une semaine.

Conclusions générales

Sur base des réponses obtenues aux questionnaires qui ont servi de support à notre évaluation, sur un échantillon d'enfants scolarisés de 9 à 11 ans (4e et 5e primaires), nous pouvons conclure à l'efficacité du vidéogramme "Grain de sable". Malgré un effet de contagion possible entre les groupes, l'apport de connaissances est appréciable, des attitudes sont modifiées dans un sens favorable à un meilleur sommeil et la forme est adaptée aux enfants.

Les résultats des tests statistiques montrent une amélioration significative des connaissances visées par le vidéogramme. Les groupes expérimentaux dénotent tous un accroissement significatif des connaissances à

propos du sommeil par rapport au groupe contrôle.

Du point de vue des connaissances, nous devons constater que le fait de présenter le vidéogramme séquence par séquence, pendant 5 jours, à raison d'une séquence par jour n'améliore pas plus significativement les connaissances que lorsque le vidéogramme est présenté en une seule fois. Cependant, les élèves comme les enseignants sont plus satisfaits de la présentation étalée et nous observons également un léger avantage pour cette dernière aux indices MJCER.

Ces indices vont dans le même sens que les tests statistiques et montrent que le spectacle a un effet positif au niveau des connaissances; les indices repris globalement sont élevés.

Les indices MJCER appliqués par classe ne révèlent pas de différence notable par rapport aux résultats globaux. Les spécificités des écoles, des classes et des instituteurs ne semblent pas jouer. La différence de niveau ou différence d'âge ne semble pas jouer non plus au niveau des connaissances.

Ces mêmes indices nous apprennent encore que si certains objectifs sont très bien maîtrisés au post-test, pour d'autres, le vidéogramme est peu efficace et peut même offrir une mauvaise conservation. Ces objectifs doivent donc attirer notre attention. De plus, le vidéogramme n'est pas utile pour tous les objectifs car certains sont déjà bien maîtrisés dès le départ.

Les réponses aux questions de connaissances spécifiques au post-test renforcent ces résultats: l'apprentissage des différentes étapes et cycles du sommeil est très satisfaisant. De plus, les élèves sont conscients d'avoir acquis de nouvelles connaissances, ce qui est favorable pour la stabilité de cet apprentissage.

L'analyse des objectifs spécifiques portant sur les attitudes semble montrer également un effet positif du vidéogramme même si celui-ci reste faible. Un léger avantage paraît se marquer pour le groupe expérimental

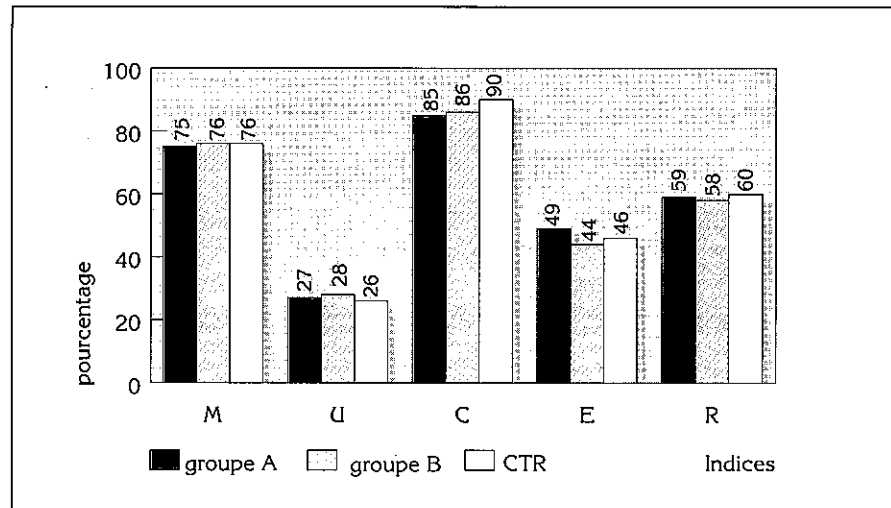


fig. 8: indices MJCER pour l'objectif "vouloir ne jamais dormir, un non-sens"

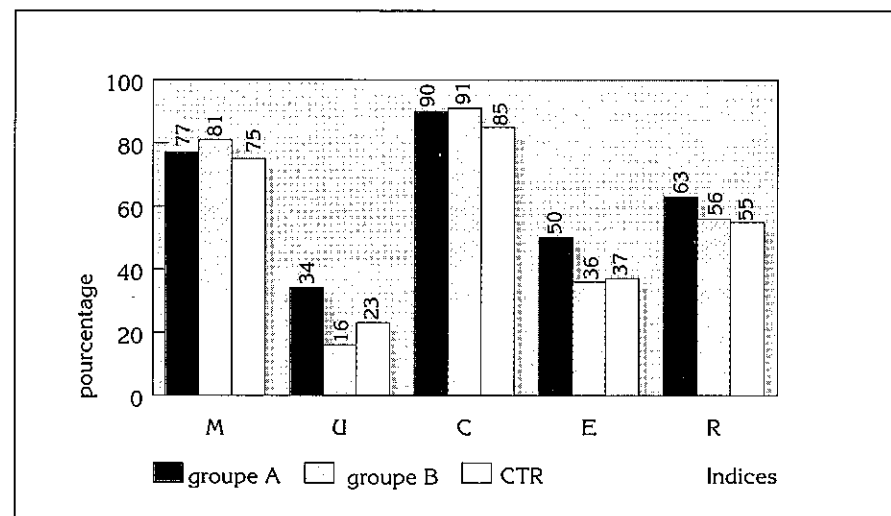


fig. 9: indices MJCER pour l'objectif "se rappeler les rêves de la nuit"

où le vidéogramme est proposé à raison d'une séquence par jour.

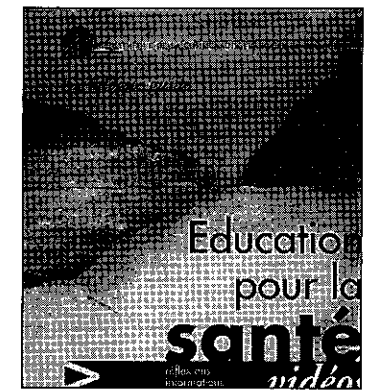
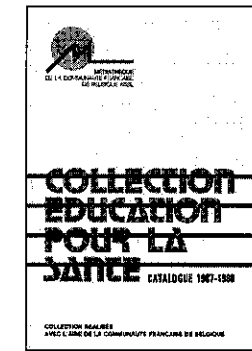
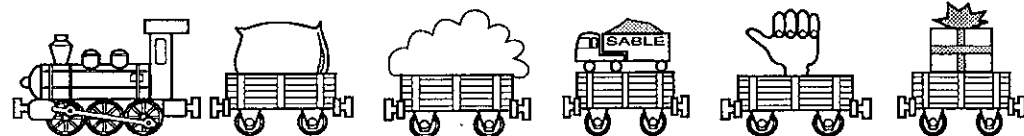
Quant aux questions sur la forme et l'attrait du vidéogramme, nous obtenons des résultats qui marquent la satisfaction des enfants et des enseignants. Les résultats sont cependant meilleurs en 4e qu'en 5e.

La comparaison de cette évaluation à la précédente, celle de la version spectacle, semble montrer de meilleurs résultats pour les connaissances et de moins bons pour l'appréciation de la forme en ce qui concerne le vidéogramme. Nous devons cependant rester prudents dans l'interpréta-

tion de ces résultats car les échantillons sont différents.

Nous pouvons donc dire que l'évaluation de ce vidéogramme est positive à tous les niveaux, pour l'échantillon concerné. Par son approche, Grain de sable répond certainement aux questions soulevées par les enfants face à un sujet préoccupant et difficile à maîtriser.

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



sont laissés au libre choix des services de prêt. Suppression de 65 programmes.

1993

Edition du catalogue-guide sous la forme d'un classeur "évolutif": l'actualisation se fait tous les semestres au moyen de fiches à intercaler dans le classeur de base. La collection se compose de 234 titres ou séquences utilisables séparément. Plus de cinquante titres supprimés.

Quelques constatations

Jusqu'ici l'effort a porté principalement sur la constitution des collections et des catalogues. Ces outils sont maintenant constitués. Leur promotion est assurée auprès des utilisateurs et de la plupart des relais institutionnels.

La notion de catalogue a cependant beaucoup évolué: de simple répertoire, l'outil documentaire qui accompagne les programmes est devenu progressivement un catalogue-guide puis enfin un catalogue-guide-classeur.

La principale raison de cette évolution est la prise de conscience que le simple visionnement d'un vidéogramme n'est pas suffisant pour réaliser un programme éducatif. Les notices d'accompagnement ont été progressivement développées pour apporter des réponses précises aux questions que les éducateurs se posent sur les programmes proposés: les objectifs, le niveau d'enseignement, la qualité technique et une appréciation du contenu.

L'effort a aussi porté sur l'utilisation du média lui-même: comment l'intégrer dans une séquence pédagogique en exploitant au mieux les caractéristiques du langage audiovisuel.

L'idée d'utiliser des médias audiovisuels pour constituer des collections éducatives repose en partie sur une intuition: l'image sensibilise beaucoup mieux qu'un texte écrit, l'image a une force émotionnelle plus grande. Elle permet d'emblée une approche globale et rapide mais se traduit peu en termes de savoirs. C'est la prise de conscience des caractéristiques propres à l'image et du danger qu'il y a de s'en contenter qu'est né le besoin d'une éducation aux médias.

La réflexion que la Médiathèque a développée en matière d'éducation aux médias (2) depuis 1986 a contribué à intégrer progressivement ces aspects dans la collection Education pour la santé.

Mais quelle est cette spécificité de l'audiovisuel dont on parle tant?

"Le message audiovisuel n'est pas un extrait de la réalité plus ou moins manipulé; il est construit au départ d'événements réels ou fictifs destinés à illustrer idée ou prise de position. Le "réalisme" des images ou ce que nous ressentons comme tel, induit le spectateur à prendre pour vrai ce message et l'empêche d'installer d'emblée une distance critique vis-à-vis de lui. Cela implique sans doute l'influence de l'audiovisuel sur l'esprit, influence d'autant plus forte que l'audiovisuel utilise simultanément plusieurs sortes de codes: les codes linguistiques, les codes d'expression traditionnels, les

codes de réalisation particuliers à l'audiovisuel qui organisent le récit, le rythme, le temps, la relation du spectateur à l'image, la relation des acteurs entre eux.

D'autre part, l'audiovisuel est perçu par les deux sens, l'ouïe et la vue. A chacun de ces niveaux, les codes s'interpénètrent et s'additionnent, à moins que l'un prenne le pas sur les autres: une voix, une musique, un rythme de montage-image créent une ambiance qui orientera l'interprétation du commentaire ou de l'information visuelle.

Ces niveaux de réception ou de perception différents et simultanés produisent ou sont censés produire l'effet escompté par le réalisateur, non pour manipuler, mais pour exprimer une opinion personnelle. La manipulation de son outil, c'est son métier; la manipulation de l'esprit du spectateur, c'est ce qu'il est possible de gérer par l'apprentissage et la formation de ce dernier.

Ici comme en tout, il est illusoire d'édicter des règles ou des censures qui contraindraient producteurs et réalisateurs. A contrario, ce serait ad-

(2) Objectifs de l'éducation aux médias:

1. comprendre les messages audio-visuels;
2. développer un esprit critique par rapport au réel et à sa représentation;
3. s'approprier les codes nécessaires et les éléments créateurs de sens;
4. percevoir les dimensions socio-économiques et politiques des médias;
5. acquérir une plus grande autonomie face aux médias et aux contenus qu'ils véhiculent;
6. s'exprimer et communiquer avec de nouveaux langages et outils, complémentaires du verbal et de l'écrit.

(d'après le rapport télécole 1992)

tion à l'environnement, le Guide pour l'éducation aux médias audiovisuels et le Guide pour l'éducation des enfants aux médias audiovisuels.

Le département Education pour la Santé

C'est dans cet environnement particulier et à une époque où l'audiovisuel documentaire et informatif commençait à se démocratiser et à s'implanter dans tous les réseaux de type culturel ou éducatif (télévision de service public, télévisions communautaires, monde associatif, milieu de l'enseignement, etc.) et auprès du grand public que le projet Education pour la santé voit le jour au début des années '80.

La Médiathèque proposa au pouvoir compétent en matière d'Education pour la santé de mettre en valeur un patrimoine audiovisuel disponible dans ses collections - mais peu exploité, voire inexploité -, et de le transformer - autant que possible - en un outil performant au service et à l'écoute d'un véritable projet éducatif. Si un programme audiovisuel ne peut prétendre changer les comportements en matière de santé, pourquoi ne pas mettre en évidence sa réalité et sa force en tant qu'outil pédagogique ou en tant qu'instrument de sensibilisation ou d'information tout simplement. Ce fut en tout cas, et dans ces termes, le pari des responsables de la Médiathèque, Michel Defgnée, actuel Directeur général adjoint, étant le véritable initiateur du projet.

La mise en oeuvre de la collection "Education pour la santé" s'appuie sur une étude d'opportunité réalisée par le Dr J.-M. Lamotte⁽¹⁾.

L'A.P.E.S. apporte ses compétences scientifiques et pédagogiques.

La durée des conventions et le montant des subventions ont été variables jusqu'au 1er janvier 1989.

Depuis le premier janvier 1989, une législation mise en place par l'Exécutif de la Communauté française structure et organise le secteur de l'Education pour la santé. La Médiathèque est l'un des services agréés comme service aux éducateurs. Ces services sont

Quelques chiffres significatifs

Les 16 services de prêt, dont 3 discobus, se partagent (chiffres arrêtés en août 1993) 172.092 titres représentant 577.720 médias répartis de la manière suivante:

| Collections discographiques | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| Disque vinyle et cassette audio | 72.217 titres (112.350 médias) |
| Disque compact | 84.471 titres (410.933 médias) |
| Collections vidéographiques | |
| Vidéo de fiction (cinéma) | 7.065 titres (20.302 médias) |
| Vidéo d'intérêt général | 3.777 titres (18.586 médias) |
| Vidéo musicale | 2.117 titres (5.805 médias) |
| Diapositives | |
| | 1.741 titres (2.919 séries) |
| Cours de langues | |
| | 704 titres (6.835 médias) |

à la disposition de toute institution ou personne-relais qui souhaite mener des activités d'Education pour la santé. La Médiathèque remplit la fonction de centre de ressources audiovisuelles dont l'atout principal est son réseau de prêt.

La Médiathèque assure la gestion du Service "Communication audiovisuelle en éducation pour la santé". Elle gère et diffuse la collection "Education pour la santé" mais a aussi pour mission de publier et diffuser des "livrets pédagogiques complémentaires aux documents audiovisuels".

Cette mission est récurrente (par arrêté) et est financée par une subvention annuelle indexée de 3.000.000 F (en 1994: 3.470.000 F).

Le montant total des subventions entre 1983 et 1994 couvre la totalité des frais de personnel, de publications, de recherche et de constitution des collections, d'expertise, de promotion et d'animation, les investissements en matériel audiovisuel, informatique et de bureau ainsi que les frais généraux d'administration (loyer, téléphone, poste, frais de bureau, etc.).

Quelques dates clés

1983

La Médiathèque constitue la première collection à la demande du ministère de la Santé et de l'Enseignement de la Communauté française.

1985

Publication du premier catalogue qui propose des résumés synthétiques mélangeant indications de forme et de contenu + un index de mots-clés. La collection se compose d'environ cent titres.

1987

Edition d'un nouveau catalogue qui propose des évaluations pédagogiques sous forme d'un commentaire synthétique. La collection se compose de 175 titres. La totalité des programmes est disponible en accès direct dans 7 services de prêt et sur commande dans l'ensemble du réseau.

1991

Edition du catalogue-guide qui propose des fiches pédagogiques structurées: objectifs, niveau d'enseignement, public spécifique, appréciation, utilisation conseillée. Contient un guide pour l'éducation à l'audiovisuel et une bibliographie. La collection comprend 200 programmes. Vu l'importance de la collection, les programmes disponibles en accès direct

(1) "Enquête d'opinion des membres de la Médiathèque de la Communauté française de Belgique asbl, Namur, relative à la constitution d'une vidéothèque consacrée à l'éducation pour la santé" et "Rapport sur la constitution d'une collection audiovisuelle en éducation pour la santé à la Médiathèque de la Communauté française de Belgique asbl", M.C.F.B., Bruxelles, avril 1983, 22 pages.

Initiatives

Les modules d'animation de l'O.N.E.

Une action communautaire de santé publique demande aux intervenants de terrain de se rejoindre autour d'objectifs communs et spécifiques.

Les moyens pour mettre en oeuvre cette orientation sont des plus variés. L'éducation à la santé est un outil de cette démarche, c'est aussi une mission très largement remplie par les travailleurs médico-sociaux de l'O.N.E.

Ceci se traduit tout d'abord de manière individuelle et ce, quotidiennement, mais aussi, très régulièrement de manière collective, dans le cadre d'animations.

Pour favoriser au mieux l'échange parents-enfants-professionnels de la santé, et aussi, afin d'offrir au public un endroit de choix pour s'exprimer, le service Education à la santé a réalisé des "modules d'animation". Au nombre de trois, ceux-ci circulent en Communauté française en collaboration avec des partenaires locaux.

La Chenille Mystérieuse

Public cible: les enfants de 3 à 7 ans accompagnés de leurs parents et de leurs enseignants.

Déroulement de l'animation

La chenille a pour objectif d'initier les enfants à ce trésor merveilleux que sont nos sens afin qu'ils puissent en optimiser le développement. Les parents et les enseignants dialoguent avec l'animateur suite à la diffusion d'une cassette vidéo portant sur les cinq sens.

Ce module d'animation se compose de six octogones clos de 2,5m de diamètre sur 2m de haut. Dans chacun de ces espaces, un sens est développé selon le même mode: découverte de celui-ci et mise en rapport avec la vie de tous les jours.

Dans la sixième salle, qui représente une cuisine, les enfants sont invités à prendre un petit déjeuner: le but de cet espace d'animation est de montrer l'importance des cinq sens en éveil et en interaction (odeur, son de la radio, de l'eau qui coule,...), comme dans la vie courante.

L'Oreiller Magique

Public cible: les enfants de 3 à 7 ans accompagnés de leurs parents ou de leurs enseignants; les parents d'enfants de 0 à 7 ans.

Les objectifs de l'Oreiller Magique visent à rendre les enfants et les parents attentifs aux signes de fatigue, aux moyens qui facilitent l'endormissement et à leur faire comprendre le déroulement et l'utilité du sommeil. C'est par le biais d'une mise en situation qu'ils vont y parvenir.

Déroulement de l'animation

L'Oreiller Magique se compose de deux tentes de 3,5m de côté sur 2m de haut reliées entre elles par un tunnel. A l'intérieur de la première tente, les enfants et les parents sont mis en situation pour la préparation au sommeil et la reconnaissance des signes de fatigue manifestés par le corps.

Ensuite, c'est le Marchand de Sable qui emmène les enfants dans le pays du sommeil via le tunnel. Là, il leur est projeté un montage dia panoramique montrant les différentes étapes du sommeil de l'enfant.

Les parents, restés dans la première tente, peuvent par le biais d'un "opinionnaire", échanger leurs réflexions sur le thème du sommeil.

Mon corps, ma maison

Public cible: les enfants de 3 à 7 ans, leurs parents, les enseignants.

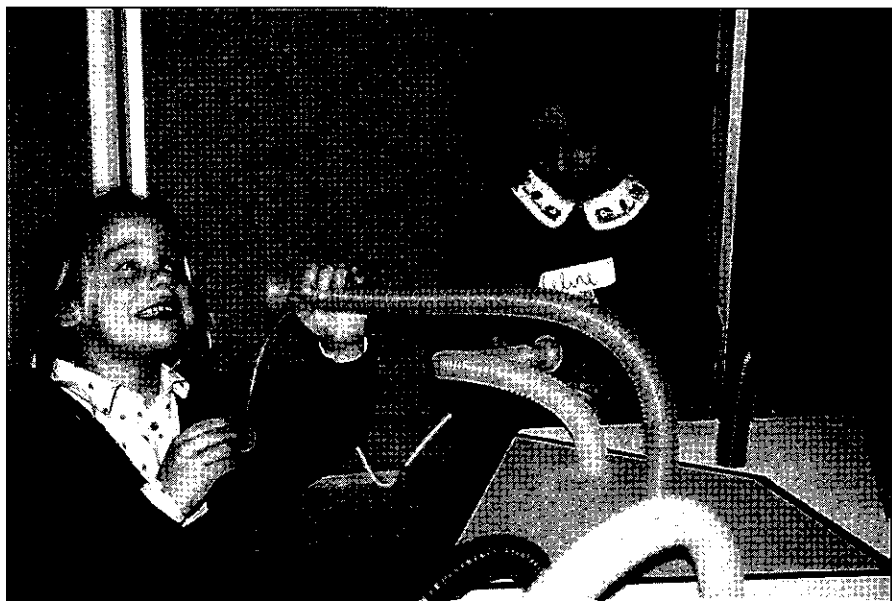
Les objectifs sont d'aider l'enfant à prendre conscience de son corps selon une approche globale (schéma corporel, image de soi, émotions, développement psychomoteur), et de sensibiliser les parents à l'importance du développement du corps dans sa globalité pour le devenir de l'enfant ainsi qu'au respect du rythme des diverses étapes de celui-ci.

Déroulement de l'animation

Les enfants entrent dans une grande maison de 7,5m de côté. Dans chacune des pièces, ils font "travailler" un des aspects de leur corps: situation dans l'espace, identification, émotions, connaissances anatomiques.

Les parents ont l'occasion de voir l'animation sur une vidéo, de dialoguer entre eux et avec un animateur en donnant leurs impressions.

Cette approche intégrée et globale permet un travail à long terme avec les parents et les enseignants. La mise en situation des différents publics entraîne une prise de conscience non seulement du ou des problèmes soulevés mais aussi des comportements et des possibilités de changements de ceux-ci.



La chenille mystérieuse: dans la tente de l'odorat

Les enfants qui, dans ce grand espace, se retrouvent isolés du monde extérieur, peuvent vivre intensément l'animation, échanger leurs impressions et leurs émotions avec d'autres. Leur attention est totale, ce qui en améliore encore l'impact. L'évaluation portera sur la qualité de l'animation en tant que telle (l'outil et sa mise en action), sur la qualité des réponses apportées, ainsi que sur le suivi possible,...

Sur le terrain...

Le partenariat local qui peut, et bien souvent doit, s'établir autour d'une action liée à l'utilisation d'un module est multisectoriel.

Le caractère quelque peu obligatoire de ce partenariat s'explique par l'exigence du travail préparatoire, précis et néanmoins varié, relativement long, rigoureux et par la variété du public visé qui dépasse le public habituel des structures de l'O.N.E.

La participation d'autres organisations locales apporte une plus grande efficacité à la démarche, de par le suivi qu'elles peuvent y accorder. En effet, nous constatons que le partenariat créé autour de cette action continue de vivre après celle-ci, à la satisfaction des travailleurs de terrain.

Parmi les coordinateurs nous pouvons citer:

Pour l'O.N.E., le service éducation à la santé, les comités de consultation, les T.M.S., les inspectrices, les milieux d'accueil.

Hors O.N.E., les pouvoirs communaux, les mouvements féminins, de jeunesse, socio-culturels, et d'éducation permanente, les Z.E.P., les écoles, les P.M.S., I.M.S, les services sociaux, les centres de guidance, etc.

Il est néanmoins clair qu'en fonction des spécificités de terrain le partenariat varie.

Les propositions d'actions sont multiples, les appliquer dans leur ensemble n'est pas une obligation. Néanmoins des constantes dans

l'approche sont établies: analyse des besoins, déroulement de l'action, évaluation.

Si l'objectif des porteurs consiste en une sensibilisation des différents publics potentiellement intéressés par le sujet, une action précise pour chacun d'eux est le meilleur moyen de les atteindre. C'est pourquoi nous avons conçu un programme variable.

Il peut comprendre:

Avant l'action

- une enquête pour situer le niveau de connaissance, les besoins du public et des professionnels;
- une formation spécifique (théorique et pratique) pour les animateurs du module.

Pendant l'action

- l'animation du module;
- des concours préparant la venue du module dans le cadre scolaire ou autre;
- une conférence par un "éminent orateur";
- des tables rondes pour les intervenants de première ligne;
- des documents écrits, dépliants, brochures;
- une répercussion de fond dans la presse.

Après l'action

- un dossier pédagogique à l'usage des intervenants;
- une évaluation tant sur la forme et sur le fond que sur l'impact à court et à moyen terme;
- des actions satellites dans d'autres lieux (consultation de nourrissons).

Indépendamment du choix opéré, nous demandons une planification à longue échéance.

Evaluations

Après chaque déplacement de module, une évaluation est menée avec l'ensemble des partenaires.

Ces évaluations s'adressent à la fois aux parents, aux enseignants et aux organisateurs. Elles portent sur le

contenu, le vécu, l'outil, l'apport de connaissances et éventuellement sur un changement de comportement. Le protocole de cette évaluation est fixé avant l'action.

Globalement, nous pouvons avancer qu'entre janvier 1992 et décembre 1993 près de 29.000 personnes (enfants, parents et professionnels) ont participé à une animation liée à un des modules.

La Chenille Mystérieuse s'est installée dans 22 endroits en Communauté française, l'Oreiller Magique dans 28 et Mon Corps, Ma Maison (créé fin 1992) dans 9.

Une moyenne de 100 personnes assistent à chaque conférence qui est donnée dans le cadre d'un module.

Quatre constats s'imposent:

- L'enthousiasme est réel autour des animations, tant du côté des organisateurs que des animateurs et du public. Cela se traduit régulièrement par une demande de nouveaux projets et par d'autres collaborations.

- Les intervenants de terrain ont bien souvent le désir de continuer à se rencontrer, à échanger des informations afin d'améliorer encore la qualité du service qu'ils rendent à la population.

- L'impact d'une telle action se traduit notamment par une augmentation des connaissances qui apparaît très clairement dans le discours du public atteint: les enseignants le vérifient au niveau des élèves, et les travailleurs médico-sociaux le constatent dans leurs visites à domicile et en consultation. Certains intervenants de première ligne souhaitent un approfondissement et sollicitent des formations plus pointues.

- Des changements s'observent dans les infrastructures scolaires (coin repos, module de psychomotricité,...).

Du doux rêve on passe peut-être à la réalité...

Claude Lemoine, Service éducation à la santé de l'O.N.E. ■

Vu pour vous

10 ans d'éducation pour la santé à la Médiathèque de la Communauté française de Belgique

Première partie

Introduction

Depuis plus de dix ans déjà, la Médiathèque de la Communauté française de Belgique occupe une place quelque peu particulière dans le domaine de l'Education pour la santé (ou devrait-on plutôt dire à présent Promotion de la santé). Reconnue comme service aux éducateurs depuis le premier janvier 1989, dans le cadre de la législation réglementant le secteur de l'Education pour la santé, la Médiathèque s'occupe du service communication audiovisuelle et diffuse tous les ans les vidéocassettes de sa collection Education pour la santé auprès d'un public de plus en plus nombreux: une moyenne remarquable de près de 10.000 prêts par an en tenant compte du renouvellement régulier de la collection (des suppressions et des mises à jour permanentes).

Doit-on rappeler une fois encore que rien ne prédisposait notre association à développer des initiatives dans des secteurs qui s'éloignaient - voire s'écartaient complètement - des domaines musicaux liés traditionnellement à notre activité?

Toutefois, les éléments suivants ont, sans conteste, été déterminants lorsque, en 1983, le Ministre de la Santé a décidé de confier à notre association la mission de constituer une collection de documents audiovisuels dans le domaine de l'Education pour la santé, d'en réaliser le catalogue et de diffuser ces outils auprès des personnes et institutions intéressées: citons, principalement, l'expérience acquise depuis de nombreuses années en tant que documentaliste et diffuseur, la connaissance spécifique du marché audiovisuel (les programmes, les producteurs, les diffuseurs, les chaînes de télévision), l'expérience dans la problématique on ne peut plus complexe des droits d'auteur et des droits de diffusion pédago-

gique et enfin un réseau décentralisé de plus de 120 villes et communes en Wallonie et à Bruxelles, relais de l'ensemble des activités de la Médiathèque.

Afin de garantir la qualité scientifique et pédagogique des programmes que nous allions mettre à la disposition du public, nous avons proposé à l'Association pour la Promotion de l'Education pour la Santé (APES) de collaborer à ce projet en concevant une grille d'analyse complète et structurée facilitant le travail de sélection, en réalisant la sélection définitive des programmes retenus et en rédigeant pour chacun d'eux une fiche d'appréciation permettant de guider l'utilisateur. Une collaboration exemplaire que le temps n'a jamais affaibli, bien au contraire!

Il est temps à présent de voir plus en détails dans quel cadre et dans quelles conditions le projet s'est mis en place, comment et dans quelles directions il s'est développé, et de présenter, pour conclure, son aboutissement actuel et quelques pistes de développement pour le futur.

Un brin d'histoire

La Médiathèque cultive avec bonheur la découverte, le plaisir et la passion. Avec elle, la culture est à la portée de tous. Elle l'offre en Wallonie et à Bruxelles à qui veut s'en enrichir. Il suffit tout simplement de pousser une porte. Saviez-vous aussi que la Médiathèque et son organisation sont uniques au monde. Il n'existe nulle part ailleurs un tel repaire de sons et d'images.

La Médiathèque de la Communauté française de Belgique est une association sans but lucratif issue de la Discothèque nationale de Belgique, fondée par Jean Salkin en 1953. Ses statuts définissaient à l'époque une institution nouvelle et profondément originale. A une époque où le disque microsillon entamait son développement commercial, l'asbl proposait "l'étude et la mise en oeuvre, le prêt et la conserva-

tion de tous les moyens d'expression sonores et audiovisuels dans la perspective du délasserment et de la promotion socio-culturelle de ses membres". Il s'agissait grâce à cette nouvelle technologie de créer de véritables "bibliothèques vivantes de la musique". Ainsi pour la première fois au monde, un service de prêt de disques était organisé à un échelon national. Installée au Palais des Beaux-Arts de Bruxelles, la discothèque accueillit ses premiers visiteurs en 1956. 2.700 disques de musique classique étaient à leur disposition.

Dès le départ, les fondateurs avaient exprimé la volonté de décentraliser les activités et le patrimoine. En 1957 Charleroi, en 1960 Liège, devinrent les premières sections d'un réseau qui qu'on dirait aujourd'hui l'ensemble du territoire francophone de Belgique.

Devenue Médiathèque en 1971, l'association a progressivement constitué et diffusé, avec ses moyens propres et des subsides publics, un patrimoine de musiques enregistrées représentatif de tous les courants, de toutes les expressions, pour le mettre, culturellement et économiquement, à la portée de tous.

Depuis la fin des années '70, la Médiathèque a intégré l'audiovisuel dans son patrimoine qui, dans ce domaine, se compose principalement de deux collections: la vidéo d'intérêt général et les films sur vidéocassettes, y compris les classiques, le cinéma d'auteur, etc.

A partir de son activité de prêt, de ses collections et de l'édition de catalogues-guides, la Médiathèque remplit aussi une mission éducative, en collaboration avec l'enseignement et avec les associations. C'est pourquoi, la Médiathèque a souhaité développer, à partir du début des années '80, des projets qui s'inscrivent dans le cadre de la sensibilisation et de la formation de ses utilisateurs: les exemples les plus récents dans le domaine audiovisuel sont le Catalogue-guide Educa-

RESOdoc... La doc ad hoc

L'alcoolisme

Au début de cette année 1994, une série de thèmes prioritaires, relatifs à la prévention ont été choisis par la Ministre-Présidente de la Communauté Française compétente en matière d'éducation pour la santé. Chaque mois de l'année, l'accent est mis sur un de ces sujets. Pendant le mois d'avril, on s'appliquera particulièrement à la lutte contre les assuétudes.

La documentation relative aux assuétudes est nombreuse. Le centre de documentation communautaire RESOdoc a choisi de vous informer sur un échantillon de documentation internationale dans le domaine de l'alcoolisme (sources, documents, rapports...) et sur les centres actifs dans la lutte contre l'alcoolisme au niveau local. Cette littérature internationale est principalement en langue anglaise, à l'exception entre autres de la documentation de l'O.M.S., souvent disponible en français. Vous trouverez une documentation abondante sur ce sujet à la bibliothèque du C.C.A.D. à Bruxelles (documentation internationale ou locale, scientifique ou de vulgarisation), ainsi que des brochures accessibles à tout public auprès du Centre de documentation d'Educa-santé à Charleroi.

DOCTES

A titre d'exemple, si vous interrogez actuellement la base de données documentaire DOCTES aux mots-clés "Alcoolisme" ou "Alcool", vous obtiendrez 258 réponses, donc autant de documents relatifs à ce sujet.

Nous avons sélectionné pour vous certains de ces documents, parmi les plus récents, localisés tous dans notre centre RESOdoc. Voici quelques articles:

* MITTAG W., SCHWARZER R., "Interaction of employment status and self-efficacy on alcohol consumption: a two wave study stressful life transitions", in *Psychology & Health*, vol. VIII, N°1, 1993, pp. 77-87. Cet article décrit les problèmes liés à la consommation d'alcool en milieu du travail ainsi que son impact sur le stress et le chômage.

* WILLIE A., CASSWEL S., "Identifying target segments of male drinkers for health promotion", in *Health Promotion International*, vol. VIII, n°4, 1993, pp.249-261.

La revue américaine *Health Education* a publié en avril, juin et août 1993, des articles relatifs à la méthodologie de la prévention de l'alcoolisme tant en milieu familial que scolaire ou professionnel:

* CLAPP J.D., PACKARD T.R., STANGER L.A., "Community organizing in alcohol and other drug prevention coalition building: the role of strategic decision", in *Health Education*, vol. XXIV, n°3, juin 1993, pp.157-161.

* HUNNICUTT D.M., PERRY HUNNICUTT C., NEWMAN I.M., "Use of Delphi technique to support a comprehensive campus alcohol abuse initiative", in *Health Education*, vol. XXI, n°2, avril 1993, pp.88-96.

* KNIGHT S.M., "Identifying and labelling school-aged children of alcoholics: insights voiced by academic attainers who are daughters of alcoholics", in *Health Education*, vol. XXIV, n°4, août 1993, pp. 196-202.

Si vous vous intéressez à un public particulier, par exemple, le patient diabétique, vous trouverez des informations concernant l'impact de l'alcool sur la personne diabétique dans:

* CORVILAIN B., "Alcool et diabète", in *Association belge du diabète*, vol. XXXVI, n°1, fév. 1993, pp. 15-17.

O.M.S.: WHOLIS

Depuis 1993, la base de données documentaire de l'O.M.S., appelée WHOLIS, est disponible en Belgique, à RESOdoc, pour consultation. Elle contient de nombreux documents relatifs à la prévention de l'alcoolisme.

Dans le programme "Santé pour tous" du Bureau régional de l'Europe de l'O.M.S., le but 17 "Tabac, alcool et substances psychotropes", est défini comme ceci:

"D'ici l'an 2.000, la consommation nocive de substances engendrant la dépendance, telles que l'alcool, le tabac et les substances psychotropes, devrait avoir sensiblement baissé dans tous les états membres".

Ce but pourra être atteint si des politiques et des programmes équilibrés relatifs à la production et à la consommation de ces substances sont mis en oeuvre à tous les niveaux et dans les secteurs concernés.

Les documents de l'O.M.S. sont tous facilement disponibles en Belgique. RESOdoc en tant que centre collaborateur de l'O.M.S. reçoit les publications émanant du Bureau régional de l'Europe à Copenhague. A ce jour, une quinzaine de rapports sur l'alcoolisme y sont disponibles.

La dernière publication "European Alcohol Action Plan", parue en 1993, présente des graphiques concernant la consommation d'alcool dans différents pays, les

besoins d'une action, la stratégie menée, les sphères d'action, le rôle de l'O.M.S. à ce sujet, les indicateurs de santé et l'évaluation de ce plan d'action...

QUI-SANTE et ANNUAIRE

Les bases QUI-SANTE et ANNUAIRE ont établi un accord de collaboration et sont actuellement en train de fusionner leurs données.

QUI-SANTE, base de données hétérogène, produite à RESOdoc dans le cadre du volet documentaire du "Point d'appui: Société et santé", informe le public non seulement sur les compétences des services publics, organismes et équipes, bibliothèques, centres de documentation et bases de données relatives à la santé, mais aussi sur les projets, programmes et recherches en cours dans notre pays (le volet documentaire du point d'appui est réalisé en collaboration avec son homologue de la VLBB).

Conçue en 1989 par RESOdoc, la base de données ANNUAIRE y est gérée dans le cadre de sa mission comme service aux éducateurs. Ce répertoire fournit des adresses et informe notamment sur les activités, l'accès et le public-cible des équipes et organismes actifs en éducation pour la santé.

Cette fusion aura plusieurs avantages: facilité de gestion, de consultation et enrichissement des informations apportées par chacune des bases.

La consultation de ces deux bases nous apprend que 25 services, organismes ou équipes, sont actuellement actifs dans la lutte contre l'alcoolisme, soit sur le terrain, soit en documentation, soit en recherche. Pour chacun d'eux, RESOdoc peut vous fournir l'adresse, le téléphone, le nom du responsable, le public visé, les heures d'accès éventuelles et le résumé de leurs activités.

L'information donnée ici sur les documents ou les organismes ne se veut pas exhaustive; elle est donnée à titre d'exemple. L'important est de retenir qu'actuellement une série d'outils très performants (bases de données) permettent l'accès rapide à des documents, articles, manuels ou brochures; qu'une information "à la carte" est possible, un déplacement pouvant être évité en téléphonant au service concerné; et si l'ampleur du travail à réaliser vaut ce déplacement, il n'y aura pas de déception tant la documentation aujourd'hui est connue, localisée et accessible.

Gossiaux Y., Dequesne J. et Bertrand-Baschwitz M.A., documentalistes à RESOdoc-UCL

Population, statistiques et santé

Le programme de promotion de la sécurité "Réseau Actions Sécurité", coordonné par Educa-Santé et rassemblant de nombreux partenaires, continue son développement et son extension en Communauté française.

C'est ainsi que plusieurs communes (Schaerbeek, Aiseau, Belgrade, Manage) considérant la sécurité comme une priorité, mènent des actions dans ce domaine et qu'Educa-Santé, en étroite collaboration avec les Commissions Locales de Coordination en Education pour la Santé en assure l'encadrement méthodologique.

La promotion de la sécurité, comme la promotion de la santé, nécessite une approche collective de la santé axée sur une approche de population.

Dans ce contexte, l'éducation pour la santé et la sécurité dépasse largement son action sur les comportements identifiés comme des facteurs de risque. Elle vise des communautés de vie et met en évidence les liens de causalité qui existent entre les facteurs environnementaux, économiques et sociaux et la situation de santé d'une population.

Le préalable à la définition des priorités et des objectifs de santé passe par l'identification de ces facteurs et la typologie de la population concernée.

A cet égard, afin de faciliter la recherche de données statistiques utiles

et d'en augmenter ainsi l'accessibilité, Educa-Santé a conçu un outil pour tous les promoteurs de programmes développés à l'échelle d'une commune, de plusieurs communes, d'un arrondissement, d'une province, d'une région, ou encore de l'ensemble de la Communauté française.

Grâce à ce répertoire d'identification des organismes possédant ou traitant des données statistiques, les utilisateurs pourront soit aiguiller leur recherche et leur action, soit la diversifier.

Toute personne qui souhaite mener une recherche, une réflexion aussi bien qu'une action vis-à-vis d'une population, trouvera dans ce recueil une base d'informations lui permettant de canaliser sa démarche.

Il est constitué d'organismes et d'institutions publics et privés, situés sur le territoire belge allant du niveau fédéral au niveau communal. Ils recueillent des données statistiques concernant la population, ses activités et son environnement.

Il s'agit de statistiques démographiques, socio-économiques, sanitaires et sociales, pédagogiques, judiciaires, du logement, des sports et des loisirs.

Chaque fiche comporte:
l'identification de l'organisme ou institution
l'adresse

le téléphone, le fax
le département
le service
la personne-ressource
les sources de données disponibles
la population étudiée
le découpage spatial des données existantes
les variables ou paramètres étudiés
leur mode de présentation
la fréquence de mise à jour
la procédure d'accès aux données

Bien que comptant plus de 40 références, ce répertoire ne prétend pas être exhaustif, aussi une mise à jour rapide sera effectuée.

En outre, il faut savoir qu'un certain nombre d'organismes qui disposent de données, ne les rendent pas accessibles.

De plus, les Observatoires de Santé, présents dans chaque province, annoncent qu'ils centraliseront d'ici peu des données statistiques concernant la population locale. D'autres organismes transmettent directement leurs données à l'I.N.S. ou l'I.H.E.; il ne nous semble pas utile de les mentionner tous ici.

Le répertoire, présenté en deux tomes, peut être consulté dans chacune des C.L.C. et peut aussi être acheté au prix de 200 francs auprès d'Educa-Santé, Avenue Général Michel 1B, 6000 Charleroi. Tél.: 071/33.02.29

Starting Bloque

Bientôt la bloque et déjà un outil disponible pour aider les étudiants à préparer cette période.

Sous le slogan "Starting bloque, du tonus pour ton blocus", l'asbl Jeunesse et Santé propose un nouveau kit. Les qualités de cet outil complètement remanié? Jeune, dynamique, interactif et, espérons-le, utile (l'évaluation le dira).

Cette nouvelle version est le résultat d'une collaboration de Jeunesse et Santé avec le service Infor Santé des Mutualités Chrétiennes et l'APES: évaluation du travail antérieur, formula-

tion des objectifs et construction du nouveau matériel. Le résultat vaut le détour!

Quelques signes de cette transformation

L'ancien slogan "Silence, on bloque" a été remplacé par "Starting bloque" plus dynamique.

Autre élément: l'illustration. David Evrard en est l'auteur; il avait déjà collaboré avec bonheur au "Guide de l'animation santé" de Cultures et Santé. De l'humour, du tonus et de la déri-

sion, rien de tel pour traverser la bloque avec le sourire.

Côté contenu

L'objectif général de cet outil est de permettre au jeune d'être sensibilisé à ce qui peut se passer pour lui en période de bloque et de pouvoir choisir certains comportements et attitudes favorables.

Cet objectif général se précise autour de cinq axes. L'étudiant sera capable de:

- gérer son étude de façon efficace;
- se ménager des temps de détente;

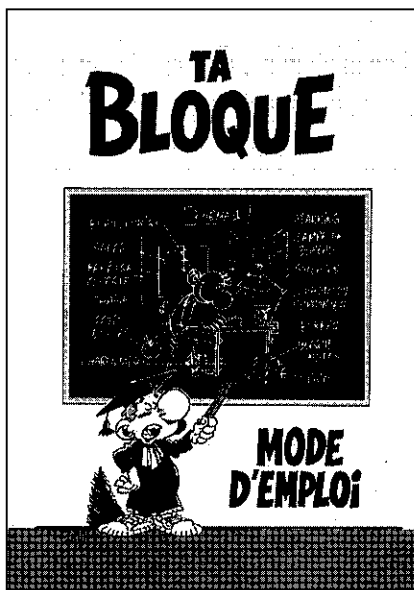
- s'alimenter de façon variée et équilibrée;
- s'assurer un soutien psycho-affectif favorable;
- avoir un recours réfléchi et limité aux médicaments.

Ces objectifs traversent l'ensemble du matériel proposé.

Six éléments composent le kit "Starting bloqué" 94, quels sont-ils?

La brochure "Bloqué, mode d'emploi" est la partie la plus consistante du kit: 28 pages où l'étudiant explore les facettes d'une bloquée réussie mais aussi apprend à se connaître pendant cette période particulière. En effet, chaque chapitre démarre par un questionnaire qui lui permet d'évaluer la manière dont il vit cette période (comment il étudie, comment il s'alimente, comment il se détend, comment il s'entoure, quel est son recours aux médicaments et autres adjuvants?). Sur un ton direct et amusant, ces questions aident l'étudiant à prendre conscience de ses points forts et ses points faibles. La suite du chapitre est là pour lui apporter des suggestions pour une bloquée réussie.

Le carton "Je bloqué/Je débloqué" à accrocher à la poignée de la porte du bureau permet à l'étudiant d'informer son entourage de ce qu'il fait: côté rouge "Je bloqué" signale qu'il ne faut pas le déranger car il est en pleine



concentration; côté vert "Je débloqué" signale que c'est la pause et qu'il apprécierait une petite visite amicale.

Le poster "Starting bloqué" est un outil visuel pour renforcer positivement et encourager l'étudiant dans son effort. Le slogan et l'illustration sont là pour lui rappeler qu'il n'est pas tout seul et qu'il peut y arriver.

Le planning de la bloquée est l'outil indispensable pour aider l'étudiant à organiser ses quelques semaines de travail intellectuel intense. A afficher également (décidément, les murs seront bien garnis), il est attrayant et adaptable au rythme de chacun.

Le dépliant pour les supporters est le point de départ d'un dialogue entre lui et ses supporters. L'étudiant a la possibilité de noter ses attentes vis-à-vis de son entourage, ce qui permet aux supporters de mieux comprendre ce qu'il vit et ce qu'il souhaite et ainsi de choisir la manière de soutenir l'étudiant durant cette période.

Et enfin, le "bloqué-notes" (48 feuilles de format A5) permet à l'étudiant de rédiger ses résumés et autres prises de notes bien utiles pour mémoriser la matière.

Pour obtenir un exemplaire du kit "Starting bloqué", il vous suffit de renvoyer le bon de commande ci-joint accompagné d'un billet de 100 FB à Jeunesse et Santé, 121 rue de la Loi, 1040 Bruxelles. Tél.: 02/237.49.81. ■

Je souhaite recevoir un exemplaire du kit "Starting bloqué". Je joins un billet de 100 FB pour les frais

Nom _____

Prénom _____

rue _____

N° _____ Bte _____

Code postal _____

Commune _____

teurs). Cet incident, relayé dans les médias audio-visuels, a probablement contribué à attirer l'attention de certains, voire même à favoriser l'achat des journaux concernés. Les journaux ne publiant pas le tableau avaient toutefois joint à l'article, un talon-réponse grâce auquel leurs lecteurs pouvaient demander le tableau à l'Agence de Prévention du Sida; environ 2000 personnes ont renvoyé ce talon-réponse.

Dans l'échantillon interrogé (question fermée posée à tous), seuls 11% des répondants expriment une réserve quant à l'explicitation claire des modes de transmission dans la presse grand public: parce que cela ne concerne pas tout le monde (3%), parce qu'ils trouvent cela globalement choquant (2%), ou parce que le fait de joindre des schémas explicatifs leur semble choquant (6%). Par contre, 88% estiment qu'il est important d'expliquer cela clairement à tout le monde.

Acceptation

Interrogés sur l'impact que cette campagne a eu auprès d'eux, 36% des répondants qui l'ont identifiée estiment qu'elle leur a appris quelque chose, 35% qu'elle les a fait se sentir plus proches des personnes contaminées. 49% disent n'avoir rien appris parce qu'ils connaissaient déjà le problème auparavant; pour 38%, leur sentiment de proximité avec les personnes

contaminées existait déjà avant la campagne et n'a pas été modifié par celle-ci. Une minorité s'estime non concernée; mais 9% ne se sentent pas plus proches suite à cette campagne parce qu'ils "se méfient quand même des personnes contaminées".

Deux questions ont été posées à l'ensemble de l'échantillon pour mesurer ce que les gens pensent de ce type de campagne. De manière générale, les répondants jugent ce type de campagne utile, parce que les gens sont toujours mal informés (80%), pour que les gens aient moins peur (79%), pour que les gens soient plus solidaires (71%). Mais la force de la méfiance surgit à nouveau, et de manière plus intense encore: pour un cinquième des répondants, ce type de campagne ne sert à rien car les personnes contaminées susciteront toujours la méfiance.

Droit à une existence digne

Cette campagne a été bien identifiée, bien comprise et bien reçue par les personnes interrogées, quelles que soient leurs caractéristiques socio-démographiques. Ce résultat est encourageant, d'autant plus qu'environ la moitié des personnes qui ont identifié la campagne en ont parlé autour d'elles; on peut espérer qu'une telle communication permette à chacun de se confronter à l'expérience et à l'attitude des autres, et d'élaborer progres-

sivement sa propre manière de réagir.

Bien entendu, les campagnes médias ne suffisent pas à modifier en profondeur les attitudes et les comportements; il serait illusoire de leur assigner cet objectif, ce que signale d'ailleurs une partie non négligeable des répondants... Toutefois, en favorisant le débat et la communication, les campagnes peuvent maintenir le sujet à l'ordre du jour, soutenir et renforcer d'autres stratégies.

A cet égard, il s'agit aussi, et peut-être avant tout, d'assurer aux personnes contaminées le droit à une existence digne, en termes de logement, de soins, de travail, de respect de la vie privée: au-delà de l'accueil individuel, la solidarité sociale se fonde en effet sur la garantie de ces droits fondamentaux, qu'il convient de réaffirmer et de maintenir dans la pratique. Une campagne orientée sur le droit des personnes séropositives serait-elle aussi bien reçue?

Le groupe d'études "Sida, Solidarité et Droits" installé depuis novembre dernier aura un rôle important dans la défense des droits des séropositifs. Composé de juristes, syndicalistes, de représentants d'organismes d'accompagnement des séropositifs et du Conseil Scientifique et Ethique, il établira un inventaire des situations de discrimination et définira les moyens - législatifs ou réglementaires - qui pourraient mettre fin à ces situations. ■

Votre sourire reflet de votre santé

C'est sous ce slogan que se tient le 7 avril 1994 la Journée Mondiale de la Santé de l'OMS, consacrée à la santé bucco-dentaire. Toute l'année 1994 sera d'ailleurs consacrée à ce thème par l'Organisation Mondiale de la Santé, avec un programme d'actions (principalement destiné aux pays en voie de développement) en six points :

1. maintien des activités de prévention essentielles afin de préserver les résultats déjà acquis et d'éviter une nouvelle pandémie de caries dentaires;
2. démonstration au public, aux administrateurs et au personnel de

santé bucco-dentaire de nouvelles techniques permettant de dispenser des soins bucco-dentaires de base, favorisant la santé et économiquement accessibles;

3. élaboration de matériel de formation, affiches, vidéos, modules d'apprentissage assisté par ordinateur, manuels, guides d'action pour soutenir ces changements;

4. mise au point d'une nouvelle technologie bien conçue (matériel, instruments et médicaments de base);

5. mise sur pied de campagne portant simultanément sur l'améliora-

tion de la nutrition infantile et les soins de santé de base aux enfants;

6. modification radicale de l'enseignement destiné aux professionnels de la santé bucco-dentaire.

Comme support à cette journée et à ce programme d'actions, l'OMS a réalisé du matériel didactique, notamment un jeu (type jeu de l'oie) sur la santé bucco-dentaire.

Pour de plus amples renseignements: Organisation Mondiale de la Santé, service de la santé bucco-dentaire, avenue Appia, CH - 1211 Genève 27, Suisse. ■

3èmes Rencontres Internationales Francophones de Promotion de la Santé

27 juin - 2 juillet 1994, Lille - France

Vous avez reçu en même temps que ce numéro d'avril d'Education Santé une (belle) brochure vous présentant en détail le pré-programme de cette manifestation importante.

Vous y trouverez une description des nombreuses activités et manifestations organisées à cette occasion, et quelques idées fort sympathiques de prolongements touristiques.

Vous y trouverez aussi tous les renseignements pratiques: inscription, hébergement, formulaires de résumé de communication et de présentation d'actions lors des mini-forum.

“Je suis séropositif...”

La journée mondiale du sida du 1er décembre est le moment d'adresser des messages de solidarité avec les personnes séropositives. Comment ont-ils été perçus?

Au printemps 1993, l'Agence de Prévention du Sida mettait en place un groupe de travail dont la fonction est de réfléchir aux stratégies de communication destinées au grand public. Cette réflexion a largement influencé la conception de la campagne sur le thème de la solidarité de décembre dernier. Le groupe réunissant les membres de LHHS (agence publicitaire), de l'Agence de Prévention du Sida, du Centre d'Etudes Sociologiques des Facultés Saint-Louis, et des spécialistes de la communication a en effet dégagé plusieurs principes de communication importants dans le cadre d'une campagne de solidarité avec les personnes séropositives.

Il est notamment apparu essentiel pour éviter l'étiquetage, la mise à distance, de ne pas “parler des séropositifs”, mais de les faire parler de ce qu'ils vivent. Autre nécessité, celle de concevoir des messages crédibles, n'évacuant pas la crainte que peut susciter le contact avec les personnes contaminées: reconnaître cette inquiétude, ne pas la condamner mais tenter plutôt d'analyser certains mécanismes qui peuvent l'expliquer,

semblait pouvoir favoriser cette crédibilité.

Enfin, il a paru utile de rappeler les modes de contamination et de protection, afin de lutter contre les craintes qui, pour certains, justifieraient une mise à l'écart des personnes atteintes. Bien sûr, cette mise à distance repose sur des mécanismes profonds, dont l'élément “connaissance” est loin d'être le seul ou le plus déterminant. Toutefois, l'expérience quotidienne des personnes contaminées montre que certaines réticences de l'entourage peuvent être, au moins partiellement, levées grâce à une perception plus exacte des modes de contamination.

“Je suis séropositif. Ne me faites pas regretter de vous l'avoir dit.”

“Je suis séropositive. Pour le moment, la seule maladie que je développe, c'est la solitude.”

“Je suis séropositif. Si je meurs, ce ne sera pas de honte.”

Sur base de ces pistes, la campagne s'est organisée autour de trois supports. Les témoignages de personnes séropositives et malades du sida ont été affichés sur les murs des grandes villes; ce message émotionnel a été relayé par la radio et la télévision qui annonçaient un rendez-vous dans la presse quotidienne le 4 décembre. Ce

jour-là, dans les quotidiens, une double page rappelait les mécanismes de la crainte et informait précisément des modes de contamination et de protection.

Bonne visibilité

Pour évaluer l'impact de cette campagne, l'Institut de sondage Dimarso a réalisé une enquête téléphonique auprès d'un échantillon stratifié en termes de région, d'âge et de sexe (598 interviews, du 8 au 22 décembre 1993).

61% des personnes interrogées ont reconnu un ou plusieurs des supports utilisés, après description faite par l'enquêteur. L'affichage vient en tête, suivi de la presse, des spots TV et radio. L'impact semble similaire quels que soient l'âge, le niveau d'instruction, la classe sociale et la région.

38% des personnes interrogées ont reconnu, après rappel, un ou plusieurs des messages affichés, tandis que 13% avaient pu en restituer de manière spontanée.

Ici encore, cette mémorisation est répartie de manière assez homogène dans l'échantillon.

Bonne compréhension

La compréhension des messages a été mesurée par une question ouverte auprès des personnes qui avaient pu restituer spontanément un ou plusieurs textes; pour la majorité, l'idée qui ressort essentiellement est la lutte contre l'exclusion; viennent ensuite les idées que le sida n'est pas une maladie honteuse, qu'il ne faut pas avoir peur des malades, que ça ne s'attrape pas n'importe comment, qu'il ne faut pas avoir peur d'en parler, etc.

25% de l'échantillon total ont reconnu l'article paru dans la presse; entre 3 et 10% des lecteurs (selon les journaux) ont acheté le journal spécialement parce qu'ils en avaient entendu parler à la radio ou à la TV. Il faut rappeler ici que certains journaux n'ont pas fait paraître le tableau des modes de transmission ou en ont donné une version “light” (expurgée des schémas, par crainte de choquer certains lec-

L'Unité d'Education pour la Santé de l'UCL vous invite à participer à sa 5ème JOURNEE D'EDUCATION POUR LA SANTE “LA SANTE, CELA S'APPREND AUSSI SOCIALEMENT”

Samedi, 23 avril 1994 de 8H.30 à 17H.

Lieu : Salles du Séminaire 80

Avenue Mounier-1200 Woluwé-Saint-Lambert

Inscriptions, renseignements : 02/764 72 50 - Fax: 02/764.72.52

Clôture des inscriptions : 12 avril 1994

Le choix du thème “la santé, cela s'apprend aussi socialement” repose sur l'idée que tout apprentissage, même celui de la santé, n'est pas un processus exclusivement individuel mais s'inscrit dans des interactions sociales particulières qui ne sont pas neutres.

En effet, la définition de la santé par l'OMS reconnaît le caractère subjectif de la perception de la santé. Si nous partageons cette conception, nous sommes amenés à reconnaître une place privilégiée à l'individu dans ce qu'on appelle “apprendre la santé”. Mais cette reconnaissance peut conduire à un problème d'estimation, celui de rendre l'individu seul responsable de ses apprentissages et de ses comportements. Comme si c'était lui qui règle tout, personnellement et individuellement. C'est nier la reconnaissance du fait social. Dans une perspective sociale et interactionniste, l'individu ne développe pas ses habiletés en ermite mais dans une relation et en interaction sociale, dans un environnement qui n'est pas seulement physique mais aussi social.

L'environnement social véhicule des valeurs, des normes, des prescriptions. Il influence les perceptions individuelles, mais aussi les comportements personnels et notamment les comportements de santé. L'environnement social crée aussi l'institutionnalisation de ces comportements de santé. L'éducation pour la santé, par et dans ses institutions, véhicule une ou des images de santé qui vont influencer les attitudes et comportements des gens. Dès lors, l'éducateur pour la santé n'est pas neutre. Comme tout éducateur, il n'est pas neutre. Il participe aux apprentissages sociaux de la santé.

Plusieurs experts, belges et étrangers, se rencontreront pour nous permettre de réfléchir sur cette réalité sociale de l'apprentissage de la santé. Après une discussion en plénière, les participants pourront, en atelier, confronter leurs pratiques aux réflexions plus théoriques des experts. Leurs interventions se structureront autour des quatre axes suivants (thèmes des ateliers).

- Au niveau sociétal, la dimension éthique sous-tend le questionnement concernant les valeurs, croyances, normes sociales véhiculées par l'éducation pour la santé.
- L'aspect social des apprentissages recouvre les questions relatives à la méthodologie de l'éducation pour la santé qui reconnaît la cognition sociale (des apprentissages portés socialement) et le rôle des représentations sociales dans la cognition sociale comme une perspective pédagogique.
- Un autre volet est celui de la transformation et du rôle de l'éducateur pour la santé comme acteur social et agent de changement. L'éducation pour la santé, comme toute entreprise éducative, n'échappe pas à une fonction de transformation. Dans cette perspective, l'éducateur pour la santé devient un acteur social de première ligne dans un rôle de changement.
- Enfin, l'institutionnalisation de l'éducation pour la santé: on peut se questionner sur le rôle des institutions qui portent un mandat social d'éducation pour la santé comme lieu d'apprentissage de la santé, non seulement pour les usagers mais aussi pour les éducateurs qui en sont les ressources humaines. Comment les institutions portent-elles leurs normes et valeurs? Et comment articulent-elles cette réalité avec la nécessité intrinsèque de légitimer constamment leur existence?

Colette Schoonbroodt, pour les organisateurs

PROGRAMME

08h15

ACCUEIL DES PARTICIPANTS

•

09h

CONFÉRENCE

La santé, cela s'apprend aussi socialement, Prof. J.A. Bury (RESO/UCL et OMS)

•

11h00

EXPOSÉS-RÉPONSES L'APPRENTISSAGE DE LA SANTÉ PAR L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

1. Les questions éthiques, J.M. Longneaux (FNDP Namur)
2. La cognition sociale, Y. Bouchard (Université du Québec à Rimouski)
3. Educateur pour la santé et changement, Cl. Renard (RESO/UCL)
4. Institutions et apprentissage de la santé, P. Marchal (FOPA/UCL)

•

13h00

LUNCH

•

14h00

ATELIERS-DÉBATS

1. La dimension éthique dans le questionnement sociétal des valeurs, croyances et normes sociales
2. Le rôle des représentations sociales dans la cognition sociale vue comme perspective pédagogique
3. L'éducateur pour la santé comme acteur social et agent de changement
4. Le rôle des institutions qui portent un mandat social d'éducation pour la santé comme lieu d'apprentissage de la santé

•

17h00

CLOTURE



Les médicaments chez les personnes de 55 ans et plus

Voici un matériel didactique de qualité issu d'un projet-pilote mené par la Direction de la Santé Publique de l'Outaouais (Québec). Il est le résultat d'un travail soutenu des professionnels du Centre local de santé communautaire et du Centre de jour du Centre d'accueil de la Petite-Nation.

Quel est le problème de santé?

Au Québec (et notre situation n'en est pas éloignée), les personnes de 65 ans et plus constituent 11% de la population et consomment 25% des médicaments prescrits.

Le phénomène de la consommation de médicaments chez les personnes âgées concerne particulièrement l'utilisation inadéquate de certains types de médicaments. La polyconsommation associée à des pathologies multiples et l'auto-médication (20-25%) sont les deux principaux facteurs liés à ce phénomène.

Quels sont les objectifs du projet?

Le but de ce projet-pilote est de réduire la consommation inadéquate de médicaments chez les personnes de 55 ans et plus en augmentant leurs capacités à développer des habitudes saines face à la consommation de médicaments et à utiliser adéquatement les médicaments afin de maintenir leur autonomie.

Les objectifs spécifiques visent deux populations:

- les personnes de 55 ans et plus: augmenter leurs connaissances mais aussi leurs capacités à utiliser des alternatives, préparer leur entrevue auprès du médecin et du pharmacien en n'oubliant pas la connaissance des ressources du milieu;
- les médecins et pharmaciens: offrir aux médecins des approches et des outils sur la consommation de certains médicaments chez les personnes âgées et promouvoir des rela-

tions plus étroites entre les médecins et pharmaciens en vue d'une meilleure gestion des médicaments chez les personnes âgées.

Quelles stratégies?

Ce projet comprend des stratégies variées:

- premièrement, l'éducation pour la santé par une co-animation pairs/intervenants. Six rencontres portent sur les thématiques suivantes: l'information générale liée aux médicaments, les somnifères, les analgésiques/anti-inflammatoires, les laxatifs, les anxiolytiques et une synthèse des rencontres;
- deuxièmement, des rencontres de sensibilisation et d'information sur les mêmes thèmes auprès des médecins, pharmaciens et du personnel impliqué dans le projet.
- troisièmement, l'implication des organismes de la communauté pour recruter les participants aux rencontres et soutenir le projet.

Un matériel de qualité

Le matériel didactique proposé comprend la description et l'évaluation du projet d'intervention ainsi que le matériel d'animation proprement dit.

Le matériel d'animation se compose de 7 guides:

- rencontre 1: informations générales sur les médicaments;
- rencontre 2: les somnifères;
- rencontre 3: les médicaments anti-inflammatoires;
- rencontre 4: les laxatifs;
- rencontre 5: les tranquillisants;
- rencontre 6: rencontre-synthèse;
- aides techniques pour les animations.

Chaque dossier comprend une série d'exercices qui portent sur la présentation du contenu de la rencontre, le phénomène de vieillissement ou la maladie en rapport avec le médicament retenu, la pause-santé, les effets secondaires et alternatives aux médicaments retenus, l'entrevue auprès du médecin/pharmacien, les ressources du milieu, l'évaluation de la rencontre ainsi que le contenu de la pochette des participants.

Chaque rencontre est répartie sur une période approximative de deux heures et demie incluant la pause-santé.

Les guides d'animation sont précis et détaillés.

Tout est structuré autour des exercices d'animation; pas de texte scientifique à lire d'abord mais une suite d'exercices présentés de façon simple et claire: pourquoi cet exercice (objectif), quelle démarche (comment), qui présente (pair ou intervenant), durée de l'exercice et annexes reprenant les informations et outils nécessaires pour l'animateur.

A la lecture de ce matériel, nous ne pouvons conseiller qu'une chose: découvrez-le et utilisez-le!

OLVIER C. "Description et évaluation du projet d'intervention sur les médicaments chez les personnes de 55 ans et plus" Département de santé communautaire de l'Outaouais, 1991, 126 p.

OLVIER C. "Les médicaments: oui... non... mais!" 7 dossiers (6 guides d'animation des rencontres + un guide des aides techniques), Direction de la Santé Publique de l'Outaouais, 1993.

Direction de la Santé Publique de l'Outaouais, rue Lois 104, Hull (Qc) J8Y 3R7, Québec, Canada. ■

La digestion

Tous, un jour ou l'autre, nous souffrons de troubles digestifs. Comment comprendre ce qui nous arrive? Comment nous soulager? Telles sont les questions auxquelles le premier numéro du nouveau Journal Infor Santé tente de répondre.

Bien entendu, il ne s'agit pas ici d'aborder des problèmes digestifs graves, mais quelques inconvénients auxquels le patient peut lui-même apporter une solution: brûlant, renvois, difficultés à avaler, envie de vomir, perte d'appétit momentanée, lourdeur d'estomac.

Cette information est complétée par dix conseils favorisant une bonne digestion.

L'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers et consultant OMS, partent d'un constat d'échec de l'éducation nutritionnelle conventionnelle, telle qu'elle s'applique encore dans de nombreux pays en développement.

Ils analysent les raisons de cet échec et puisent des motifs d'optimisme dans les progrès récents de la recherche et de l'expérience. Leur réflexion commune les amène à proposer une nouvelle approche de l'éducation nutritionnelle.

L'éducation nutritionnelle se définit alors comme une intervention qui vise à modifier la communication sociale - expression de la culture - dans le sens d'une meilleure prise en compte de la nutrition. Cette intervention s'appuie depuis sa conception jusqu'à son évaluation à long terme sur une large participation de la population concernée.

ANDRIEN M., BEGHIN Y., *Nutrition et communication*, Paris, Ed. L'Harmattan, 1993, 157 pages. ■

(1) Centre d'enseignement et de recherche en éducation pour la santé.

Changer d'attitude face aux médicaments

Après le volumineux "Guide des médicaments pour le consommateur" du Dr Nicole Boulanger dont nous vous avons dit ici tout le bien que nous en pensions, c'est au tour du Centre Coopératif de la Consommation de nous proposer un outil "bon usage du médicament" destiné au grand public.

Il se présente sous la forme de fascicules abordant à chaque fois un aspect spécifique de la question.

Pour commencer (logiquement) la série, le premier document apporte une information générale sur le médicament, son histoire, sa place dans l'économie de marché, et ce qui le différencie d'un autre produit de consommation. Des notions importantes y sont abordées: traitement

symptomatique, effet placebo, devenir des médicaments dans l'organisme, contre-indications, effets secondaires, interactions médicamenteuses, etc.

Les deux autres fascicules traitent de l'usage des médicaments pendant la grossesse et l'allaitement. La première partie concerne les produits destinés à des problèmes courants rencontrés par les femmes enceintes ou qui allaitent: nausées, constipation, insomnie, contraception pendant l'allaitement, etc. Dans la seconde partie, les médicaments traitant des problèmes qui ne sont pas propres à la grossesse, mais qui peuvent aussi toucher la femme enceinte (le rhume par exemple) sont présentés.

Ces documents se veulent un outil de dialogue entre la patiente et son médecin ou son pharmacien. Leur but n'est donc pas de répondre à toutes les questions. Ce ne sont pas non plus des manuels d'automédication.

Une petite réserve toutefois: ces fascicules ne traitent que des médicaments, sans présenter le cas échéant d'autres voies thérapeutiques. C'est normal, sans doute, mais dans son ouvrage sur le même sujet, le Dr Boulanger ne rate pas une occasion de rappeler qu'il existe dans bon nombre de cas d'autres solutions que le recours au médicament...

Signalons enfin que ce projet est soutenu par le nouveau Ministre (fédéral, il ne s'agit donc pas d'une initiative de la Communauté française) de la Santé publique, Jacques Santkin.

Renseignements au numéro vert 0800/11825. ■

Hygiène change de look

Au cours de l'année 1993, l'Union Internationale d'Education pour la Santé a changé de nom: elle est devenue l'Union Internationale de Pro-

motion de la Santé et d'Education pour la Santé.

Le "bulletin officiel" de l'Union a décidé de modifier en profondeur sa présentation. Et pas seulement la présentation d'ailleurs: "On a estimé que sur le plan de la communication, il était souhaitable que le titre de la Revue, qui est l'un des principaux outils de visibilité de l'Union soit très étroitement lié au nom de l'organisation,..." Ce nouveau titre sera désormais "Promotion & Education", avec le rappel en sous-titre qu'il s'agit bien de la "Revue internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé".

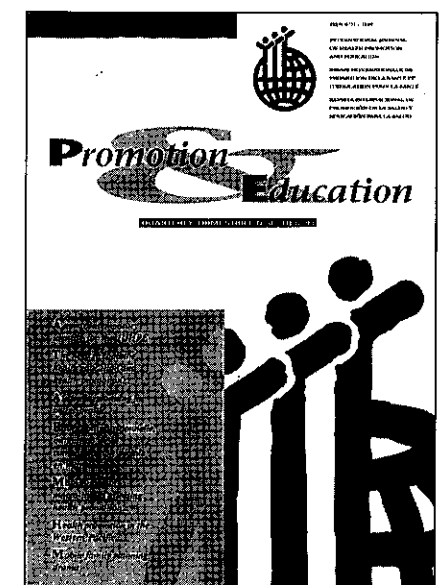
Le numéro 0 (décembre 1993) reflète l'idée-force de l'UIPES qui veut que promotion de la santé et éducation pour la santé soient importantes en tant que stratégies complémentaires.

Le contenu global de la revue ne changera pas, c'est-à-dire que chaque numéro sera toujours alimenté principalement par des réflexions et expériences en provenance des pays et organismes membres de l'Union.

Promotion et Education, trimestriel, abonnement pour 1 an: 205FF.

Renseignements et abonnements: rue de l'Ecole de Médecine 15-21, F - 75270 Paris Cedex 06, France.

Le Bureau de l'UIPES pour l'Europe se situe aux Pays-Bas: Dutch Centre for Health Promotion and Health Education, Da Costakade 45, PO Box 5104, N - 3502 JC Utrecht. ■



Un seul inconvénient, mais de taille: le prix! La cotisation annuelle est de 828 francs pour quatre numéros, et le prix au numéro de 325 francs, ce qui est somme toute assez cher pour le grand public. Nous verrons bien dans les prochains mois si celui-ci "accrochera".

Test-Santé, trimestriel, publié par Test-Achats, rue de Hollande 13, 1060 Bruxelles, tél. 02/542.32.11. ■

■ Santé pour tous

Dans le domaine de l'édition, les collections santé pour le grand public ne manquent pas. Chaque maison d'édition veut avoir la sienne, plus ou moins scientifique, avec une approche plus ou moins préventive suivant les cas.

Albin Michel s'y est mis aussi. Quatre guides sont sortis à ce jour dans la nouvelle collection "Santé pour tous": Les douleurs - Les maladies sexuellement transmissibles - L'hypertension artérielle et les facteurs de risque cardio-vasculaire - L'arthrose et les affections rhumatismales.

Chaque guide est écrit par un médecin, à la fois pour le grand public et pour les autres professionnels de la santé. Pari impossible? Pas si le public est un public "averti". Le langage est tout de même relativement scientifique.

Une autre particularité de cette collection est qu'elle veut apporter toutes

les réponses possibles à un problème donné: on y parle de prévention, de dépistage, des possibilités de traitement, médicamenteux, chirurgical, ou ayant recours aux médecines alternatives, sans apparemment prendre un parti irraisonné pour l'une ou l'autre tendance, mais en examinant les apports bénéfiques de chacune et en sachant reconnaître et dire clairement l'inutilité de certaines pratiques courantes.

CHAST M., *Les douleurs, les comprendre, les soulager*

MARCHINA J.-C., *L'hypertension artérielle et les facteurs de risque cardiovasculaire*

RUBIN M., *Les maladies sexuellement transmissibles*

SAAL B., *L'arthrose et les affections rhumatismales*

Paris: Ed. Albin Michel, 1993, (Collection Santé pour tous), environ 140 pages, 65FF. ■

■ Le corps et son fonctionnement

Un quatrième dossier est paru dans la collection "Outils" des Cahiers du Germ, collection publiée avec la collaboration de l'asbl Cultures et Santé.

Pour rappel, cette série s'adresse principalement à toute personne chargée d'animations avec un public immigré et/ou peu scolarisé, et a pour but de donner, sous forme de dossiers thématiques, des notions élémentaires d'anatomie et de physiologie, en insistant sur certains aspects qui ont de fortes chances d'être abordés par les participants à ces animations. Mais l'utilisation de ces dossiers est en réalité bien plus large, nous le savons, et ils peuvent notamment servir aussi en milieu scolaire...

Le dernier dossier en date s'intitule "La respiration, le sang, la circulation sanguine". Outre la description du système respiratoire, il détaille les affections qui peuvent l'atteindre, telles les inflammations dues au tabac, l'emphysème, le rhume, les angines, les pneumonies, la tuberculose, ou encore les allergies respira-

toires et la mucoviscidose. Quelques "accidents respiratoires" sont également décrits: l'apnée, l'asphyxie, la noyade, l'intoxication au monoxyde de carbone,...

Le même schéma est adopté en ce qui concerne le sang et le système circulatoire: rôle et fonctionnement, affections les plus courantes, accidents assez fréquents.

Il faut noter que ce dossier nous semble particulièrement fourni, et (peut-être?) plus complexe que les précédents. Il s'agit en fait d'un numéro double des Cahiers du Germ, peut-être eût-il mieux valu publier deux numéros séparément, qui y auraient gagné en lisibilité. Simple remarque de la part de lecteurs dans l'attente des prochains numéros!

Titres déjà parus dans la collection "Outils"

- I. Notions de base
- II. La reproduction humaine
- III. La digestion - Foie et pancréas - Glandes et hormones
- IV. La respiration - le sang - la circulation sanguine

Titres à paraître

- V. Le système lymphatique - le système immunitaire - les reins
- VI. Le système nerveux - les organes des sens - le système locomoteur

JENARD H., PERISSINO A., MINTIENS E., *Le corps et son fonctionnement (IV) La respiration - le sang - la circulation sanguine, Les Cahiers du Germ, n°226/227, III/IVème trimestre 1993, Collection "Outils", 62 pages, 500 FB.*

GERM, chaussée de Waterloo 255 bte 12, 1060 Bruxelles, tél. 02/534.42.54. ■

■ Nutrition et communication

Les auteurs de cet ouvrage, Michel Andrien, coordinateur des activités du CERES (1) à l'Université de Liège, et Yvan Beghin, professeur de nutrition à

Vous trouverez aussi au sommaire du numéro 1 du Journal Infor Santé une explication sur les examens médicaux de la vésicule biliaire, et sur les mécanismes d'intervention du rééducateur conseil de la mutuelle pour le remboursement de certains médicaments.

Le Journal Infor Santé

Mais d'où vient cette nouvelle petite (8 pages A5) revue? Tout simplement d'une sorte de fusion entre les fiches de l'asbl Question Santé, qui sont maintenant en fin de publication, et le trimestriel Infor Santé des Mutualités Chrétiennes, qui était une version légèrement augmentée des dépliants qu'elles diffusaient à grande échelle dans leurs points de contact avec leurs affiliés.

Tout le monde y gagne. Il s'agit maintenant d'un véritable périodique, paraissant tous les deux mois, à la présentation soignée, et au prix dérisoire: l'abonnement (ou l'affiliation pour les membres de Question Santé) ne coûte que 100 FB par an. Difficile de faire moins cher...

Pour vous abonner, il vous suffit d'envoyer vos nom et adresse avec un billet de 100 FB à Infor Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles. Vous pouvez aussi virer cette somme au compte bancaire 799-5524509-70 avec la mention "746124/951 digestion".

Vous pouvez aussi obtenir un spécimen gratuit du dépliant et de l'affiche "La digestion, n'en faites pas un plat!" à l'adresse ci-dessus. ■

Infor Santé

La digestion, n'en faites pas un plat!

1. Pourquoi indigestion? Le message
2. Pourquoi indigestion? Le message
3. Pourquoi indigestion? Le message
4. Pourquoi indigestion? Le message
5. Pourquoi indigestion? Le message
6. Pourquoi indigestion? Le message
7. Pourquoi indigestion? Le message
8. Pourquoi indigestion? Le message

Tout un jour ou l'autre, nous avons souffert de troubles digestifs. Comment comprendre ce qui nous arrive? Comment nous soulager? Telles sont les questions auxquelles nous tentons de répondre. Quelques mesures simples suffisent le plus souvent à faire disparaître ces petits problèmes.

■ La rencontre par le jeu

Depuis de nombreuses années, le service des activités sociales de la Croix-Rouge de Belgique propose des animations récréatives et ludiques aux pensionnaires des maisons de repos de la Communauté française. Ces animations sont prises en charge par des bénévoles de la Croix-Rouge.

La façon de concevoir les activités dites sociales a fort évolué au cours de ces dernières années: les bénévoles ne sont plus des "bonnes dames" venues apporter un peu de réconfort aux "pauvres vieillards", mais bien des personnes formées à la rencontre, la communication, l'animation.

Un nouvel outil a été créé pour les aider dans l'organisation de ces animations. Le guide "La rencontre par le jeu" se compose de 400 fiches décrivant plus de 200 jeux, de trois types: les jeux de culture générale, les jeux de "chiffres et de lettres" et les jeux "d'humour et de divertissement".

Le guide insiste aussi sur la bonne organisation des animations: des fiches de programmation sont à la disposition des animateurs, afin de respecter l'horaire prévu et éviter toute improvisation. (Une toute petite remarque: il y manque sans doute une fiche d'évaluation des jeux et de l'animation elle-même.)

Pour tout renseignement sur cet outil, vous pouvez contacter Luc Mélardy, au service des activités sociales de la Croix-Rouge de Belgique, chaussée de Vleurgat 98, 1050 Bruxelles, tél. 02/346.01.33. ■

■ Gérer sa santé face aux maladies infectieuses

L'école a un rôle essentiel à jouer en matière de santé; c'est pourquoi les promoteurs du programme Provac ont voulu orienter l'intérêt des enseignants vers le domaine des maladies infectieuses et de leur prévention, en particulier, par les vaccinations.

Ce dossier pédagogique est destiné aux enseignants du cycle primaire et

essentiellement de première et sixième année. Il doit permettre à l'enseignant d'aborder, dans le cadre de ses cours, différents aspects des maladies infectieuses et de la vaccination. Il propose des explications claires, adaptées aux enfants, qui respectent l'information scientifique.

Les objectifs du dossier

- Ils sont multiples:
- faire prendre conscience à l'enfant que la santé est un équilibre; les maladies ont des origines diverses; on peut éviter certaines maladies par l'hygiène de vie, la surveillance médicale et la vaccination;
 - amener l'enfant à protéger sa santé notamment en connaissant le processus de vaccination, surveillant son calendrier vaccinal, utilisant sa carte de vaccination;
 - faire découvrir à l'enfant le rôle de protection individuelle et collective de la vaccination;
 - amener l'enfant à parler en personne avertie et en partenaire avec des responsables de santé;
 - amener l'enfant à mieux utiliser les services de santé mis à sa disposition.

Contenu du dossier

Très complet, le dossier comprend des suggestions d'activités pour la première année (7 fiches d'activités) et la sixième (14 fiches d'activités), un référentiel théorique (8 fiches) ainsi que des références bibliographiques (livres pour enfants, pour enseignants, montages vidéo disponibles à la Médiathèque de la Communauté française de Belgique et au Centre de Médecine Scolaire de l'UCL).

Ce dossier pédagogique est un outil précieux pour soutenir l'enseignant dans l'approche de cette thématique.

Certaines fiches pédagogiques paraissent un peu compliquées pour des élèves de sixième année mais rien n'empêche l'enseignant d'adapter le matériel au niveau de sa classe.

"Gérer sa santé face aux maladies infectieuses" dossier pédagogique à l'usage des enseignants, Croix-Rouge de Belgique - Provac, 1993.

Disponible au prix de 100 FB au Service Education pour la santé de la Croix-Rouge de Belgique, Place Brugmann 29, 1060 Bruxelles. Tél.: 02/346.02.37. ■

Le danger invisible

Une campagne de prévention des intoxications au monoxyde de carbone a été menée cet hiver par les services du Secrétaire d'Etat à la Région Bruxelles-Capitale, Vic Anciaux. Le support de la campagne consistait en un dépliant résumant les précautions à prendre pour éviter ce type d'intoxication.

Le dépliant a été envoyé en plusieurs exemplaires aux hôpitaux, aux centres culturels néerlandophones et francophones, aux associations de locataires, à de nombreux services sociaux et médicaux, et à plusieurs associations d'immigrés. Pour ce faire, il a été réalisé non seulement en néerlandais et en français, mais aussi en turc et en arabe, afin de pouvoir toucher un public le plus large possible.

A part le graphisme des illustrations qui ne "fait pas vraiment dans la dentelle", il s'agit là d'un bon outil d'information. A noter également qu'il fait référence à divers services et associations auxquels le public peut s'adresser pour toute question concernant le raccordement des appareils de chauffage, leur sécurité, ainsi que sur ses droits et devoirs en tant que locataire.

Renseignements: Cabinet du Secrétaire d'Etat à la Région Bruxelles-Capitale Vic Anciaux, Avenue Louise 106, 1050 Bruxelles.■

Halte aux brûlures

L'Office de la Naissance et de l'Enfance a mené en 1993 une campagne d'information auprès des parents, sur le thème des risques de brûlures chez les enfants. Cette campagne était soutenue par la société d'assurances ABB.

Une brochure a été publiée à cette occasion, décrivant, pièce par pièce, les endroits de la maison où l'enfant peut être face à des situations dangereuses. La plus évidente est bien sûr la cuisine, où la cuisinière, le four, la cafetière électrique, la friteuse, ou plus simplement la table sont des ennemis potentiels. Mais il faut aussi

penser à la salle de bains (eau trop chaude dans la baignoire, sèche-cheveux, pharmacie familiale,...), le salon (feu ouvert, décorations de Noël,...), ou encore le jardin (barbecue, tondeuse à gazon, feux d'artifice et pétards),...

En cas de brûlures, l'important est aussi de connaître les gestes adéquats pour une réaction rapide et utile.

Halte aux brûlures, Conseils et remèdes pour nos enfants, O.N.E., 1993.

O.N.E., Relations Publiques, avenue de la Toison d'Or 84-86, 1060 Bruxelles, tél. 02/542.15.70.■

Alimentation des personnes âgées

L'Union Européenne des Pharmacies Sociales, dont deux des principaux membres sont l'Office des Pharmacies Coopératives pour la Belgique et la Mutualité Française, continue son travail de publication de matériel d'information grand public, diffusé dans les pharmacies, sur différents thèmes de santé.

La stratégie de diffusion est toujours basée sur deux documents: un dépliant grand public et un dossier plus scientifique destiné au pharmacien, qui est ainsi placé dans le rôle de personne de référence pour ses clients.

Le dernier thème paru traite de l'alimentation des personnes âgées. Le dossier scientifique a été rédigé par Michel Marée, de l'Institut Communautaire de l'Alimentation et de la Nutrition.

Alors qu'il y a quelques années, Ophaco diffusait de simples traductions d'un matériel italien, on voit à présent un réel travail de création, aussi bien rédactionnel que graphique, de la part d'Ophaco qui a ici collaboré avec la Mutualité Française.

Office des Pharmacies Coopératives (OPHACO), chaussée de Mons 602, 1070 Bruxelles, tél. 02/522.56.90.

Pour nos nombreux lecteurs français, signalons que le matériel est aussi dis-

ponible à la Mutualité Française, rue de Vaugirard 255, F - 75719 Paris cedex 15, tél. 16.1.40.43.30.30.■

La visite médicale

Le Comité français d'Education pour la Santé collabore depuis quelques années avec l'excellent journal pour enfants Astrapi, édité par Bayard Presse. Cela a donné dans le passé la publication des brochures "Je veux grandir" et "Les filles et les garçons".

Plus récemment, un nouveau fascicule a été publié, consacré à "La visite médicale". L'enfant l'apprend souvent, cette "sacrée" visite médicale. L'idée d'un entretien individuel et d'une auscultation par un médecin qu'il ne connaît pas n'est pas faite pour l'enthousiasmer.

Cette petite brochure décrit avec humour tous les cas de figure de la visite médicale d'une classe, afin de dramatiser cet examen de santé obligatoire. Elle fait le tour des questions que se posent les enfants: qu'est-ce qu'un pou, un réflexe, un stéthoscope ou un vaccin? Qu'appelle-t-on problème de vision ou d'audition?...

"La visite médicale" était encartée dans le n°366 d'Astrapi du 15 janvier 1994.

Renseignements: Comité français d'Education pour la Santé, Sylvine de Méré, 2 rue Auguste Comte, 92170 Vanves.■



Lu pour vous

Baromètre Santé 92

Résultats d'une enquête annuelle sur la santé des Français

Le Comité français d'Education pour la Santé a l'habitude, avant de lancer ses grandes campagnes de prévention, de mener une enquête auprès d'un échantillon de la population, afin de connaître les représentations et les comportements des gens sur le thème choisi. Les résultats de ces enquêtes préalables sont en général présentés dans la revue bimestrielle "La Santé de l'Homme".

Mais ces enquêtes ne sont que partielles. Par ailleurs, beaucoup d'autres organismes en France mènent eux aussi des enquêtes de plus ou moins grande envergure sur des sujets donnés.

Les grands organismes nationaux ayant en charge des problèmes de santé (Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Haut Comité de la Santé Publique, Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie, et Comité français d'Education pour la Santé) ont décidé de créer ensemble le "Baromètre Santé", un vaste outil d'enquête nationale. Le Comité français d'Education pour la Santé a été chargé de la mise en place, du suivi et de l'exploitation du Baromètre Santé.

"Le Baromètre Santé mesure à un temps T l'état de l'opinion, des attitudes et des comportements de la population enquêtée. Il donne des informations d'ordre déclaratif sur les grands thèmes de santé. Sa répétition dans le temps permet de mettre en évidence les grandes évolutions quant aux représentations, attitudes et comportements du grand public vis-à-vis des questions qui relèvent de la santé publique.

En se substituant partiellement aux multiples études thématiques réalisées de façon circonstancielle par les cinq organismes promoteurs, le Baromètre Santé donne une cohérence d'ensemble à l'exploration du champ de la santé et accroît ses potentialités heuristiques et pragmatiques..."

Les résultats qui paraissent aujourd'hui sont ceux de l'enquête 1992. Elle a été menée auprès d'un échantillon de plus de 2000 Français âgés de 18 à 75 ans. Le recueil des données a été réalisé par le biais d'entretiens téléphoniques assistés par le système CATI (Computer Assisted Telephone Interview). L'enquête est complétée par une étude menée auprès d'un échantillon de 252 médecins généralistes.

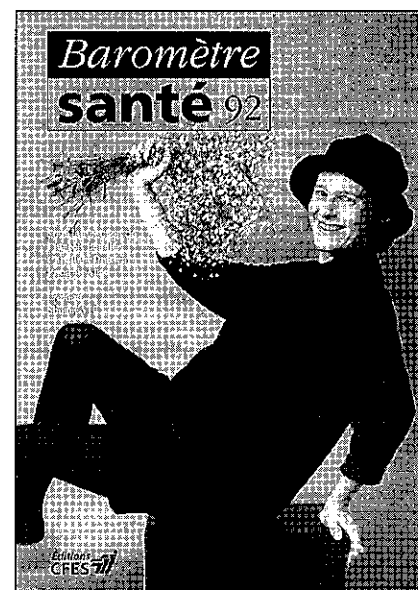
L'enquête sera répétée chaque année, certaines des questions posées seront permanentes, d'autres seront semi-permanentes, renouvelées à un rythme variable selon les items, d'autres enfin seront plus circonstanciées en fonction des intérêts ponctuels ou conjoncturels des partenaires du Baromètre Santé.

Les principaux sujets traités dans l'enquête 92 sont l'hygiène, la vaccination, les accidents, le dépistage des cancers, les médicaments, le tabac, l'alcool et les drogues.

Le Comité français d'Education pour la Santé a publié un gros document détaillant les résultats pour tous ces sujets. Il intéressera sans nul doute les décideurs et autres acteurs en santé publique.

Baromètre Santé, CFES, 1994, 165 pages, 95FF.

Comité français d'Education pour la Santé, 2 rue Auguste Comte, F-92170 Vanves, France.■



Un nouveau magazine santé pour le consommateur

Dans les enquêtes faites par l'association de consommateurs Test-Achats auprès de ses membres, la demande d'articles en matière de santé figure dans le trio de tête avec deux domaines voisins, l'alimentation et l'environnement. L'équipe de rédaction estimant que l'espace réservé à ces sujets dans le mensuel Test-Achats Magazine ne suffisait plus, a décidé de concevoir une revue complémentaire destinée à ceux qui veulent en savoir plus, et qui privilégierait la prévention.

Voici donc le trimestriel Test-Santé, qui veut conserver la spécificité de Test-Achats, à savoir en premier lieu la défense du consommateur par des tests et des études comparatives, le traitement de sujets concrets et surtout la rigueur et la volonté d'indépendance.

Différentes rubriques-clés reviendront systématiquement dans Test-Santé: "l'assiette-santé", "recherches médicales", "santé et environnement" et "premiers soins".

Le premier numéro de la revue traite des sujets suivants: les poux et les produits anti-poux; le sport; les vitamines; la prothèse de hanche; les additifs alimentaires; les maladies liées à l'environnement; coupures et saignements. Et surtout, pour lancer la revue de façon très médiatique, Test-Santé présente un gros dossier sur les pseudo-médicaments (liquides à base de plantes, coupe-faim, tisanes amaigrissantes, compléments vitaminiques et autres nutriments). Pour bien marquer sa fonction de défense du consommateur, Test-Achats annonce une série d'actions et de propositions auprès du Ministre de la Santé Publique pour que des mesures législatives soient prises en ce domaine.

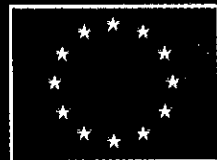
Cette revue constitue un projet très intéressant, elle peut sans doute faire contre-poids au foisonnement de magazines santé qui trouvent un grand succès auprès du public et dont on peut douter pour certains de la fiabilité scientifique en matière de prévention.



Organisation
Mondiale de la Santé



Conseil de l'Europe



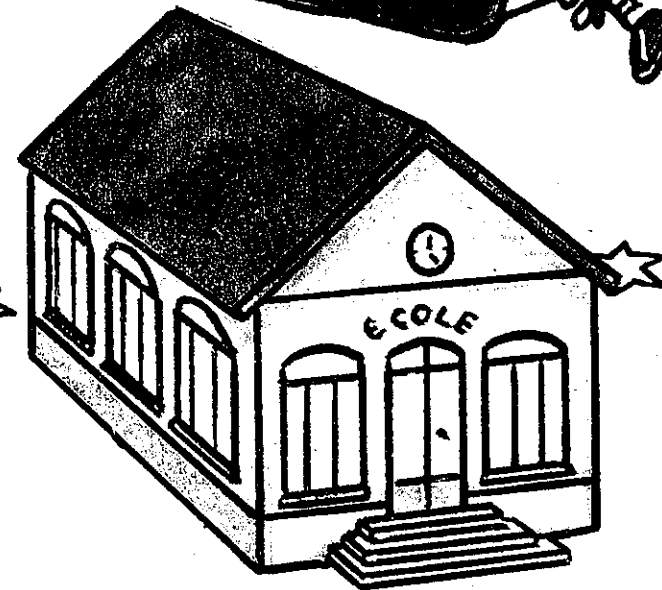
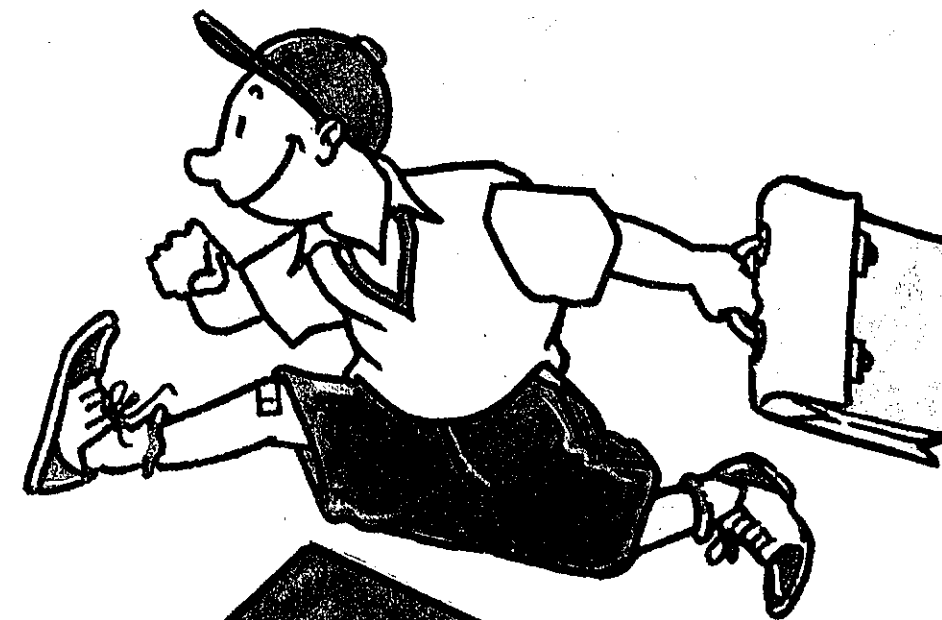
Commission
des Communautés
européennes

Editeur responsable: Dr Laurent, chaussée de Vleurgat 98, 1050 Bruxelles

Dépôt légal: D/1994/0665/2

Illustration: Pierre Della Palma

Réalisation: revue Education Santé - avril 1994



Réseau européen d'écoles en santé



Avec le soutien de
la Communauté flamande de Belgique



Croix-Rouge de Belgique
Service Éducation pour la Santé

Sommaire

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION | 2 |
| LE RESEAU EUROPEEN: L'HISTOIRE, LE CADRE GENERAL..... | 3 |
| PARCOURS INSTITUTIONNEL..... | 3 |
| LES HASARDS D'UN COLLOQUE..... | 4 |
| L'ECOLE EN SANTE: UNE UTOPIE A VIVRE AU QUOTIDIEN..... | 5 |
| LA SITUATION DU RESEAU EN EUROPE..... | 6 |
| LE PROJET "ECOLE EN SANTE" EN COMMUNAUTE FLAMANDE..... | 8 |
| LE RESEAU D'ECOLES EN SANTE EN COMMUNAUTE FRANCAISE..... | 8 |
| LA COMMUNAUTE GERMANOPHONE DE BELGIQUE..... | 9 |
| VOTRE EVALUATION DES ECOLES PROMOTRICES DE SANTE AVEC L'AIDE D'EVA..... | 10 |

Introduction

"Réseau", vous avez dit "Réseau"?

Mais encore! Est-il hydrographique ou informatique? Commercial ou ferroviaire? De relations ou d'espionnage?

Qu'importe, en réalité, pourvu que, fidèle au Grand Larousse et au Petit Robert, il soit entrelacement de lignes, ensemble de points, espace d'échanges et de communication.

Ainsi, en effet, se développera le Réseau européen d'écoles en santé, parcouru par une philosophie, la promotion de la santé, et des méthodes-lignes de conduite; exprimé dans les écoles-pilotes, points de réflexion et d'action, animé par les enseignants et leurs élèves, zappéurs éclairés de leur santé.

Réseau d'initiés certes, puisque, depuis quelques années déjà, ce concept circule dans les milieux bien informés de l'éducation pour la santé avec, corollaire inévitable, son

réseau parallèle d'espionnage et d'intrigues. Mais qu'importent les jaloux, pourvu que l'utopie, car il y en a une bonne dose dans ce programme, prenne forme et tisse, fil après fil, sa propre réalité, faite de rencontres, de confrontations, de techniques échangées, d'écoles jumelées, d'échecs partagés et de réussites savourées.

Le Réseau entend être un premier pas vers l'Europe de la Santé à travers un double défi: celui des institutions et des structures de l'enseignement et de la santé qui devront se mobiliser pour soutenir et encadrer programmes et acteurs, celui des écoles, carrefours de communication, lieux de vie et de santé, qui essaieront leurs expériences et leurs pratiques.

"Réseau", vous avez dit "Réseau"? Avouez que la curiosité vous ronge et que l'envie d'en savoir plus vous titille. Laissez-vous tenter et découvrez au fil de ces pages l'univers du Réseau européen d'écoles... en santé.

Liste des abréviations utilisées

CCE — Commission des Communautés Européennes

CE — Conseil de l'Europe

OMS — Organisation Mondiale de la Santé

IMS — Inspection Médicale Scolaire

PMS — Centre Psycho-médico-social

UNESCO — United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

"Eva? Connais pas."

Et pour cause! EVA n'est pas une jeune scientifique que vous n'avez pas encore rencontrée. C'est le nom d'un nouveau projet international de coordination pour l'évaluation des écoles promotrices de santé.

Comme le Réseau Européen des Ecoles promotrices de Santé, EVA dépend d'un Comité International de Planning composé d'un représentant de la Commission des Communautés Européennes, du Bureau européen de l'Organisation Mondiale de la Santé et du Conseil de l'Europe. Le financement est assuré pour 2 ans par la Commission.

EVA a pour but de rassembler et de présenter d'une manière claire les outils existants potentiellement utiles pour l'évaluation d'actions entreprises au niveau local, national ou international. Eventuellement, de nouveaux outils seront mis au point et testés.

Ces actions peuvent varier d'une manière importante d'un pays à l'autre et au sein d'un même pays, d'une école à l'autre.

Par exemple, on observe:

- au niveau local, l'introduction de l'éducation pour la santé dans le curriculum ou une analyse des besoins entreprise conjointement par les enseignants, le médecin scolaire, les parents et les élèves eux-mêmes;
- au niveau national, la formation des enseignants et des directeurs d'établissements scolaires ou encore, la définition d'un consensus national rassemblant, autour du concept et du processus de la promotion de la santé des jeunes, des représentants des ministères de la santé et de l'éducation, des responsables des structures de la promotion de la santé;
- au niveau international, le jumelage entre écoles ou la collaboration autour d'un projet expérimental de formation ou de recherche.

Dans ce contexte international varié, il est clair qu'EVA tentera de rassembler des outils, des méthodes, des rapports très divers.

Ces outils seront sélectionnés parce que potentiellement pertinents pour aider les coordonnateurs nationaux et, à travers eux, les coordonnateurs locaux à comprendre comment et pourquoi, et si possible avec quel impact, ils travaillent avec leurs collègues pour promouvoir la promotion de la santé des jeunes (et des adultes qui les entourent).

Au terme du projet, EVA espère avoir mis tout en place pour décrire le travail entrepris dans le(s) réseau(x) mais aussi pour informer toutes les parties concernées sur les objectifs réalisés. Ceci doit permettre de voir si la promotion de la santé "apporte un plus" aux démarches clas-

siques d'éducation pour la santé, développe la santé et le bien-être des élèves et des enseignants et donc, de voir si l'ensemble de la démarche est un processus qu'il est intéressant d'encourager, de développer et même de transposer à d'autres secteurs.

"EVA espère avoir mis tout en place...". Cela veut donc bien dire que le travail sera loin d'être terminé mais qu'une structure commune accompagnera les coordonnateurs et les équipes nationales dans leurs efforts d'évaluation. Cette structure comprendra des protocoles d'enquêtes et d'analyses statistiques, des questionnaires, des guides d'entretiens, des rapports "modèles" d'évaluation et de recherche (modèle pour leur processus mais pas forcément au point de vue des résultats). EVA veut faciliter le partage d'expériences et de cette manière contribuer au développement des compétences dans les pays.

EVA ne sera donc pas un juge international identifiant les bonnes écoles promotrices de la santé des autres. EVA ne réalisera pas les évaluations nationales ou locales (mais pourra coordonner le test de nouveaux outils). EVA ne se substituera pas aux coordonnateurs ou aux équipes scientifiques nationales.

Mais cela ne signifie pas qu'EVA travaillera de manière isolée. Au contraire, EVA ne peut atteindre son but qu'en identifiant les personnes compétentes, en s'assurant leur collaboration et en rassemblant au niveau international les efforts existants. C'est ainsi que les Centres Collaborateurs OMS, les études en cours, les expériences accumulées dans les évaluations des "villes saines" seront soigneusement examinées. En particulier, EVA fera le lien entre le Réseau Européen des Ecoles Promotrices de Santé et l'étude OMS "Health Behaviour of School-age Children" (HBSC).

Il ne faut pas croire que le contenu du projet EVA est strictement défini. Même le concept d'évaluation n'est pas aisé à cerner et c'est pourquoi une des premières fonctions d'EVA est de dégager un consensus sur le concept et les buts de l'évaluation dans un contexte de promotion de la santé à l'école. Ceci se fera petit à petit grâce aux contacts pris avec les coordonnateurs nationaux et aux réflexions autour de documents de synthèse traitant des jeunes, de la promotion et de la pratique ou de la recherche en évaluation. Au terme des 6 premiers mois, le Comité International de Planning définira de manière plus précise les tâches d'EVA pour l'année scolaire 1994-1995.

EVA est un projet certes vaste mais réaliste en cela qu'il se base sur les réalisations existantes, c'est-à-dire aussi sur ce que vous, qui nous lisez, avez déjà accompli.

Danielle Piette, coordonnatrice internationale du projet EVA, PROMES, Unité de Promotion Education Santé, Ecole de Santé Publique - Université Libre de Bruxelles.

Le concept d'école en santé a émergé il y a une dizaine d'années d'une succession d'études réalisées par l'OMS, l'UNESCO et le Conseil de l'Europe. Il serait trop long de décrire ici toutes les rencontres consacrées à l'éducation et à la promotion de la santé des jeunes en Europe. Notons cependant quelques dates clés dans l'histoire du Réseau.

C'est en 1984, au Royaume-Uni que l'OMS lance les bases d'un projet d'école en santé. L'idée poursuit son chemin en passant par Liège en 1985, par Peebles en 1986 où le rapport final du symposium reprend pour la première fois le terme "The Healthy School".

Le projet mûrit et, en 1990, la possibilité de mettre effectivement en place un projet d'écoles en santé se concrétise. Des responsables politiques, des décideurs et des scientifiques mettent en évidence la place de l'école en matière de promotion de la santé auprès des jeunes.

A Stockholm, en 1990, le symposium consacré aux Villes Santé souligne le besoin de développer des programmes nouveaux pour les écoles. Ce constat est également fait à Utrecht aux Pays-Bas par les responsables du Centre néerlandais d'éducation et de promotion de la santé.

Nous voyons ainsi que des préoccupations communes animent les Etats en Europe. Si l'organisation des structures d'éducation pour la santé diffère d'un pays à l'autre, les objectifs en matière de santé des jeunes sont bien souvent identiques.

Le projet aboutit finalement au début des années 90; il fait suite aux résolutions du Conseil des Ministres de l'Education du 23 novembre 1988 sur l'éducation pour la santé dans les écoles et aux recommandations des conférences de Strasbourg en 1990 et de Dublin en 1991.

Cette initiative européenne vise à lancer dans un premier temps une expérience pilote et se fixe les objectifs suivants:

- favoriser les échanges d'informations et d'expériences de promotion de la santé réussies dans les Etats membres, y compris les pays de l'Est;

Le parcours institutionnel

La mise en place du niveau de gestion d'un projet relève parfois de l'exploit, dans notre pays d'abord, dans notre Communauté ensuite; des freins - involontaires - viennent parfois contrecarrer l'ardeur des promoteurs.

En 1988, le Conseil et les Ministres de l'Education de la CEE prennent une résolution sur l'éducation pour la santé à l'école⁽¹⁾. Un groupe de travail est constitué, qui réunit deux "experts" par pays: l'un issu du secteur de l'éduca-

- développer et échanger le matériel et les outils utiles;
- former les enseignants;
- évaluer les possibilités d'étendre l'action.

Une stratégie commune est développée par l'OMS, le Conseil de l'Europe et la Commission des Communautés Européennes. Cette stratégie repose sur la mise en place d'un dispositif à trois niveaux:

Echelon européen: un centre de planification international (CPI), situé à Copenhague avec pour mission:

- d'assurer la communication entre les Etats Membres;
- de diffuser des informations et du matériel;
- de formuler des avis sur les stratégies à développer;
- d'organiser des conférences et des colloques;
- de former les coordinateurs nationaux;
- de favoriser les échanges et les jumelages entre les écoles du Réseau.

Echelon national: un centre d'appui, assuré par un organisme compétent en éducation pour la santé, avec pour mission:

- de sélectionner une dizaine d'écoles;
- d'encadrer les projets d'établissements;
- de soutenir les coordinateurs scolaires;
- de mettre à disposition des écoles les outils pédagogiques utiles;
- de former les enseignants;
- de diffuser les informations et les expériences.

Echelon local: une équipe de projet par école avec pour mission:

- de développer des programmes favorables à la santé;
- d'encourager la responsabilité collective et individuelle;
- d'intégrer l'ensemble de la communauté éducative et les parents.

Geneviève Houioux, collaboratrice du service Education pour la Santé, Croix-Rouge de Belgique

tion, l'autre de celui de la santé. La Belgique, quant à elle, s'en offre... trois: un néerlandophone, un germanophone et un francophone, représentant tantôt l'un, tantôt l'autre secteur, celui de la santé pour notre Communauté.

(1) Résolution 89/C3/01 du Conseil et des ministres de l'Education réunis au sein du Conseil du 23 novembre 1988 sur l'éducation pour la santé dans les écoles

L'absence de la sphère "éducation" au sein de cette dynamique constituera, à n'en point douter, un des freins évoqués plus haut.

En février 91, ce groupe de travail approuve le projet "Réseau européen d'Écoles en Santé", initiative commune à la CCE, au Conseil de l'Europe et l'OMS-Europe, lancée au lendemain des conférences de Dublin⁽²⁾ et de Strasbourg⁽³⁾.

Au fil du temps, le projet mûrira dans l'esprit de ses concepteurs et certains changements apparaîtront dans la conception même de l'organe de gestion européen, ceci parfois au grand étonnement des représentants des États membres.

Lors du choix du centre d'appui national, la Belgique se trouve dans l'impossibilité "fédérale" d'accepter un seul centre pour le pays. Dès lors, chaque communauté s'oriente bien vite vers la mise en place de son centre propre.

L'adhésion au Réseau européen suppose la double approbation des Ministres de la Santé et de l'Éducation. Or, le Ministre de l'Éducation n'a pas encore entériné la désignation de la Croix-Rouge comme coordinateur du Réseau pour la Communauté française de Belgique.

Et pourtant! Dès décembre 91, la Direction générale de la santé proposait la Croix-Rouge comme centre d'appui du projet, proposition confirmée en mars 93 par la Ministre de la Santé. Désignation d'une rare évidence eu égard aux missions dévolues à ce service aux éducateurs "Jeunes en âge scolaire". Mais ce qui est un axiome pour certains n'est qu'hypothèse pour d'autres... notamment pour le secteur de l'Éducation dans l'ignorance de ce projet.

Les hasards d'un colloque

Février 93. En réponse à la demande de l'administration de la Santé, quelques représentants du Réseau d'Actions Sécurité (R.A.S.) font route pour les Pays-Bas. Leur mission: participer à la Conférence sur la Santé et la Sécurité à l'École, dans le cadre de l'année européenne pour la santé et la sécurité sur les lieux de travail.

Séances plénières, ateliers et expositions se succèdent; la sécurité est décidément un sujet d'une grande richesse et d'un grand intérêt. Toutefois, mon propos n'est pas de rapporter fidèlement le contenu certes de qualité de ce colloque mais de partager avec le lecteur le déclic qui allait entraîner le service Education pour la Santé dans l'aventure du Réseau.

Ce Réseau, on en avait déjà entendu parler, par le Docteur Lonfils, attaché à l'administration de la Santé, par

La Flandre, par contre, plus lente dans son ralliement au projet, rattrapa rapidement le retard et apparut vite - je ne sais toujours pas comment - comme le seul interlocuteur aux yeux de la CCE et donc l'unique centre d'appui belge. Cette situation arrangeait peut-être bien la CCE, débarrassée de ces régionalistes susceptibles de donner des idées à d'autres régions européennes du Sud.

Si la désignation officielle par le Ministre de l'Éducation tarde toujours, on doit reconnaître que le service Education pour la Santé de la Croix-Rouge - habitué sans doute à nos contraintes institutionnelles - n'a ni attendu désespérément, ni abandonné ce projet. Au contraire, il a, de façon certes informelle mais néanmoins effective, participé à la réflexion et à la concertation qui sous-tendent sa construction.

Mieux! Grâce à un subside accordé fin 93 par Laurette Onkelinx, après avis favorable de la Cellule Permanente en éducation pour la santé, ce projet a pu réellement démarrer sur le terrain.

Trois années pour quelques décisions...

Roger Lonfils, Direction générale de la Santé.

(2) Première Conférence européenne sur l'éducation pour la santé et la prévention du cancer dans les écoles - Dublin - 7-9 février 1990

(3) Conférence européenne pour la promotion de l'éducation pour la santé - Strasbourg - 20-22 septembre 1990

Hilde Vandromme, coordinatrice de la Communauté flamande. Mais tout semblait flou, vague, incertain, sans position, ni décisions claires de la Communauté française.

Et voilà qu'au coeur même d'un des réseaux les plus célèbres, celui des canaux des Pays-Bas, le Colloque accueille un représentant de l'O.M.S. qui, dans une brillante intervention, décrit avec précision le Réseau européen d'écoles en santé. Il est suivi de notre collègue néerlandophone qui joindra le geste à la parole en décrivant la mise en place du Réseau dans sa communauté.

En deux exposés, ce réseau un peu mythique prend sa réelle dimension, se concrétise et m'apparaît comme l'occasion à saisir. A moins qu'il ne soit déjà trop tard.

Contenu de l'engagement de l'école-pilote

Les directives européennes fixent les grandes lignes de l'engagement auquel chaque école participante devra souscrire:

- s'engager dans le projet pour une durée de trois ans;
- désigner un coordinateur local et constituer une équipe de projet;
- dégager le temps nécessaire pour l'équipe de projet;
- mettre au point un programme de promotion de la santé pour l'ensemble de l'établissement reprenant des questions d'importance locale mais pouvant servir de modèle de "bonne pratique" à l'échelle nationale et européenne;
- intégrer les I.M.S./P.M.S. au projet;
- impliquer les parents.

Contenu du programme

Tout en gardant à l'esprit les orientations générales définies par les responsables européens, chaque école, encadrée par la Croix-Rouge et les partenaires compétents, veillera à:

- 1° analyser la situation de la communauté scolaire en matière de santé et identifier des priorités;
- 2° définir des objectifs spécifiques en fonction des besoins, des attentes, des problèmes, propres à la situation de l'école en matière de santé;
- 3° mettre en place des "actions" favorables au bien-être, à l'épanouissement, à la santé des élèves et de la communauté scolaire, ainsi que des apprentissages éducatifs qui développeront des connaissances et surtout des aptitudes individuelles;
- 4° participer à l'évaluation du programme;
- 5° participer aux échanges communautaires et internationaux ainsi qu'à la diffusion des expériences réalisées.

Les acteurs du projet

Si le projet d'école doit rassembler l'ensemble des membres de la communauté scolaire, il n'en reste pas moins qu'il sera géré par trois intervenants principaux:

La Communauté germanophone de Belgique

S'il est vrai que la situation institutionnelle belge ne facilite guère l'éclosion de projets, la participation de la Communauté germanophone au Réseau européen d'écoles en santé n'a par contre posé aucun problème.

La Croix-Rouge a rencontré des représentants de cette communauté à l'initiative de l'Administration de la Santé.

Très rapidement, il a été décidé, de commun accord, que deux écoles germanophones seraient choisies et encadrées par les responsables de l'éducation pour la santé de cette Communauté.

● le coordinateur communautaire, le service Education pour la Santé de la Croix-Rouge

Son rôle: proposer aux écoles du matériel, des guides, des outils; coordonner les activités dans les écoles; soutenir les coordinateurs locaux; former les enseignants.

● le coordinateur local, un enseignant spécialement désigné par la communauté scolaire de l'école

Son rôle: gérer, coordonner, animer, rassembler,... le travail, les initiatives, les réunions,..., de l'équipe de projet.

● l'équipe de projet: une équipe composée d'enseignants volontaires, d'agents PMS/IMS, de parents,...

Son rôle: faciliter la mise en oeuvre des étapes du projet, mobiliser la communauté scolaire, responsabiliser et motiver les élèves, les enseignants, les parents et les partenaires santé.

Première étape du Réseau, l'école-pilote en représente aussi la première expression par sa volonté de rassembler autour d'un projet commun, le professeur d'histoire et l'économiste, le directeur et le concierge, l'infirmière PMS et les parents de troisième année. Un ambitieux pari à n'en pas douter!

Ambitieux mais réaliste puisque la sélection des écoles est déjà en phase de conclusion. Comme prévu, la liste des écoles-pilotes a été remise fin mars aux responsables européens. L'analyse de la situation pour chacune d'entre elles commence effectivement dès avril 1994.

Pour atteindre le deuxième objectif et développer un réseau d'écoles adhérentes, la Croix-Rouge définira dans un deuxième temps les stratégies et les ressources nécessaires pour assurer diffusion et communication dans l'ensemble de la Communauté française.

Il est évident que la tâche est énorme! Aussi entre-t-il dans les intentions de la Croix-Rouge de solliciter la collaboration des services agréés aux différentes étapes du projet.

Belle occasion de montrer à l'Europe le dynamisme qui anime le secteur de l'éducation pour la santé en Communauté française de Belgique.

André Lufin, responsable de projet, Service Education pour la Santé, Croix-Rouge de Belgique

L'échange d'informations et des contacts seraient assurés entre les deux Communautés.

Ceci prouve qu'au-delà des lourdeurs institutionnelles, les contacts positifs entre personnes sont possibles pour clarifier des situations.

Viviane Delegher, Service Education pour la Santé, Croix-Rouge de Belgique

Le projet "Ecole en santé" en Communauté flamande

Le projet "Ecole en santé" s'est donné pour objectif d'améliorer la santé de l'ensemble de la population scolaire et attache une importance toute particulière à l'atmosphère qui règne à l'école. Il entend privilégier l'organisation sociale de l'école et promouvoir les contacts au niveau local.

Le projet "Ecole en santé" a débuté par une journée d'étude le 28 mars 1992, à laquelle toutes les écoles concernées ont été invitées.

En Flandre le projet réunit 12 écoles (6 écoles primaires, 6 écoles secondaires) dont chacune à l'ambition de réaliser sa propre "Ecole en santé".

Proges assure la coordination entre ces écoles.

La sélection des écoles a été faite par les différents réseaux d'enseignement sur base de la taille de l'école, de l'implantation rurale ou urbaine, du pourcentage d'étrangers, du fait que l'école était mixte ou non, etc... Chaque école a désigné un coordinateur interne qui est responsable pour les différentes actions et qui est le correspondant de Proges.

Le projet "Ecole en santé" veut réaliser des actions à 3 niveaux:

- au niveau de la classe: l'enseignant donne des cours sur des thèmes concernant la santé (tabac, alcool, nutrition, sécurité, etc...);
- au niveau de la politique de l'école: l'éducation à la santé est une tâche pour toute l'école, l'ambiance est d'une très grande importance ainsi que les relations entre les collègues, les élèves et la direction;
- au niveau de l'environnement local de l'école: les contacts avec les parents, les services IMS-PMS sont dans ce cas primordiaux.

Proges fonctionne comme centre de coordination pour les 12 écoles. Les coordinateurs d'équipes sont Chris Meesen et Leen van Straeten.

Les services proposés sont:

- diffuser du matériel didactique sur les thèmes de santé;
- échanger les idées d'action et les initiatives entre les écoles;
- aider les écoles dans la réalisation individuelle de leur but ("Ecole en santé");
- assurer un support permanent;
- préparer l'implantation du concept dans les écoles flamandes.

Leen van Straeten, PROGES

Le Réseau d'écoles en santé en Communauté française

Rappelons tout d'abord le double objectif du projet européen:

- 1° mettre en application le concept d'école promotrice de la santé dans une douzaine d'écoles-pilotes par pays;
- 2° assurer la diffusion des expériences ainsi réalisées auprès de l'ensemble des écoles de la communauté scolaire.

Au premier objectif correspond le concept d'école-pilote: douze écoles engagées à mettre en place un programme de promotion de la santé conforme aux directives européennes et à la planification du réseau national.

Au deuxième objectif correspond le concept d'école-adhérente: un nombre illimité d'écoles désireuses d'être conseillées en matière d'éducation pour la santé, d'être informées du développement du programme, de participer aux rencontres, séminaires, colloques et autres manifestations organisées dans le cadre du Réseau.

L'année 1994 accordera la priorité au premier objectif, à savoir la mise en place du Réseau d'écoles-pilotes en Communauté française.

Critères de sélection des écoles-pilotes

Les douze écoles-pilotes sont sélectionnées sur base de critères:

- géographiques: deux écoles par province + deux écoles à Bruxelles;
- institutionnels: représentation des différents réseaux (Communauté française, libre, CPEONS);
- pédagogiques: représentation des niveaux maternel, primaire et secondaire, des formes d'enseignement (général, technique, professionnel et artistique), y compris l'enseignement en alternance (C.E.F.A.) et l'enseignement spécial.

A ces critères s'ajoute la recommandation de la Ministre de la Santé nous enjoignant de sélectionner des écoles fréquentées par des élèves issus de milieux socio-économiquement défavorisés.

Electrochoc salutaire

Grâce à ma collègue néerlandophone, j'obtiens dix minutes d'entretien avec Heather Mac Donald, consultante au bureau de l'OMS à Copenhague. Entretien court mais fructueux qui permet de mettre un visage sur un nom, d'échanger les cartes de visite et d'obtenir des indications précises sur la démarche à suivre.

Ainsi la Croix-Rouge, et avec elle la Communauté française de Belgique, entrouvrait la porte de l'Ecole en Santé et accomplissait un premier pas vers l'adhésion à cet ambitieux programme.

J'avoue qu'après cela, je me déconnectai quelque peu de la sécurité pour me brancher, enthousiaste quoique consciente de la prise de risque, sur le Réseau européen d'écoles en santé.

Cette anecdote confirme à quel point les Colloques restent essentiels et irremplaçables, parfois pour les thèmes qu'ils abordent, toujours pour les rencontres que l'on y fait.

Viviane Delegher, Service Education pour la Santé, Croix-Rouge de Belgique

L'Ecole en santé, une utopie à vivre au quotidien

L'école, lieu de vie et de santé

Lieu d'apprentissage et de diffusion de connaissances, l'école constitue également un espace d'expériences de vie. Que serait en effet la transmission de savoirs si elle ne se fondait sur un environnement stimulant qui contribue à l'épanouissement physique, mental, social et spirituel de chaque membre de la communauté scolaire. Par les valeurs qu'elle privilégie, par les aptitudes qu'elle développe, par le projet pédagogique auquel elle adhère, l'école

constitue un terrain privilégié de développement de modes de vie sains.

A cette optique s'ajoute une démarche de stricte prévention primaire. L'une des motivations qui a poussé les autorités européennes à développer le concept d'une école saine est l'inquiétude exprimée par les gouvernements devant la multiplication et la diversité des menaces qui pèsent sur la santé des jeunes: drogues, alcool, tabagisme, accidents, sida,... La plupart de ces risques peuvent être

Caractéristiques de l'Ecole en Santé

Douze critères pour une Ecole en Santé

Une Ecole en Santé est une école qui veille à:

- 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 enseignants et 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 cohérents**
- 9° promouvoir activement la **santé et le bien-être du personnel** enseignant et du personnel d'encadrement
- 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 pour la santé

d'après le livret "Le Réseau européen d'écoles-santé", Action commune OMS- CE-CCE, Copenhague 1993

évités ou réduits grâce à des programmes efficaces d'éducation pour la santé conjugués à une politique active en matière de promotion d'un environnement de qualité.

Aussi les instances européennes ont-elles défini douze critères que devrait respecter toute école qui se veut "école en santé" (voir tableau page suivante). Ces caractéristiques serviront de cadre de référence et constitueront les objectifs généraux que viendront opérationnaliser des objectifs spécifiques et originaux, propres à chaque pays, à chaque région, à chaque école.

Les Ressources humaines

1. La communauté scolaire

Pour mettre en place un processus de promotion de la santé à l'école, il importe d'y associer chaque membre de la communauté scolaire. Une école en santé n'est pas seulement une question relevant de la direction ou de quelques enseignants motivés. Il s'agit d'un projet d'école mobilisant:

- l'ensemble des enseignants en "utilisant" les motivations, les compétences, les disponibilités de chacun;
- les élèves comme acteurs, décideurs et responsables;
- le personnel administratif et logistique (économe, concierge, nettoyeurs, ...);
- les I.M.S./P.M.S.
- les organes de sécurité (Comité d'Hygiène, d'Embellissement et de Sécurité des lieux de travail).

La situation du Réseau en Europe

Lors de la dernière rencontre des coordinateurs nationaux avec les membres du Comité International de Planification (mai 1993), les responsables ont estimé possible de rassembler avant fin 95, cinq à sept cents écoles au sein du Réseau. A terme, ils envisagent de mettre en contact de trois à cinq mille établissements scolaires issus d'une cinquantaine de pays ou régions d'Europe.

Les pays membres du Réseau

Septembre 92, les premiers pays entrent dans le Réseau: la République Tchèque, le Danemark, la Hongrie, l'Irlande, la Pologne et... la Communauté flamande de Belgique.

En mars 93, le Réseau compte 11 membres de plus: la Bulgarie, l'Allemagne, la Suède, la Suisse, la Croatie, l'Estonie, la Lituanie et la Lettonie.

2. Les parents

Il est admis que le soutien et la participation active des parents dans le processus éducatif sont garants de la réussite scolaire et de l'épanouissement global de l'enfant. Les parents doivent donc être mis au courant du programme de promotion de la santé, être consultés à ce sujet, être impliqués dans les initiatives, de sorte qu'ils se sentiront partenaires à part entière de l'école. De ce fait, les choix et les décisions pris par les enfants seront soutenus par leurs proches en dehors de l'école.

3. La communauté locale

La communauté scolaire ne s'arrête pas à la grille de l'école. Les commerçants du quartier, les médecins, les pharmaciens, les associations socio-culturelles, les centres de planning, les groupements sportifs, les mouvements de jeunesse, sont des alliés privilégiés pour compléter les moyens parfois insuffisants de l'école sur le plan humain (personnes-ressources) ou matériel (infrastructures).

Illusion, mirage ou mythe ? Qu'importe ! L'Ecole en Santé est moins une image figée à laquelle chaque école doit correspondre à tout prix qu'une manière de penser le bien-être de tous et la santé de chacun. Alors, cessons de la définir et commençons à la vivre.

André Lufin, responsable de projet, Service Education pour la Santé, Croix-Rouge de Belgique

L'adhésion de l'Albanie, de l'Autriche, de Chypre, de la Finlande, d'Israël, de la Roumanie et du Royaume-Uni était prévue pour septembre 93.

Quant aux autres adhésions, elles sont programmées pour mars 94.

Situation des différents pays (janvier 93)

Bien que ne faisant pas partie de la Communauté européenne, les pays de l'Est et de l'Europe Centrale ont reçu une aide particulière de l'OMS.

Remarques générales

Les écoles ont été sélectionnées de différentes manières: soit par concours, soit sur base volontaire, soit désignées

| Actions entreprises | B | | DK | D | IRL | GR | E | NL | P | L | I | UK | F |
|--|----|----|----|---|-----|----|---|----|---|---|---|----|---|
| | VL | FR | | | | | | | | | | | |
| Centre national d'appui (CNA) | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | - | + | |
| Coordinateur national du projet (CNP) | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | |
| Sélection des écoles (coordinateurs entre écoles) | + | | + | - | + | - | - | + | + | + | - | + | |
| Organisation de réunions préparatoires | + | | + | + | + | - | + | - | + | + | - | + | |
| Elaboration/diffusion du matériel d'éducation pour la santé lié à l'école promotrice de la santé | + | | + | - | + | - | - | + | - | + | - | + | |
| Formation des enseignants liée à l'école promotrice de la santé | + | | + | + | + | - | - | + | - | - | - | - | |
| Organisation d'échanges nationaux d'informations et d'expériences | - | | + | - | + | - | - | + | - | - | - | - | |
| Conception de méthodes d'évaluation | + | | + | - | + | - | - | + | - | + | - | - | |
| Autres initiatives | - | | + | - | + | - | | + | - | - | - | - | |

par les autorités compétentes ou encore choisies directement par les équipes de coordination.

Une vue d'ensemble des premières activités entreprises dans ces pays montre un ensemble de réalisations fort diversifié.

Des enquêtes ont été menées auprès des enseignants pour connaître les thèmes qu'ils souhaitaient traiter en priorité. Des équipes se sont centrées sur le diagnostic de la situation de leurs écoles et ont mis au point des indicateurs de besoins précis. D'autres se sont focalisées sur la réalisation d'outils et sur l'inventaire des expériences et du matériel disponible dans leur pays. Certaines ont centré leurs efforts sur la formation des enseignants et d'autres sur la collaboration des parents. Le projet danois a inscrit le Réseau dans un programme plus vaste d'éducation à la citoyenneté responsable.

Unaniment, les coordinateurs nationaux soulignent l'utilité du soutien conjoint de l'OMS, de la Commission et du Conseil de l'Europe, notamment pour légitimer leur mission auprès des autorités respectives.

La difficulté d'établir des liens entre les Ministères de l'Education et de la Santé est commune à tous les pays

où n'existe pas de comité de liaison inter-ministériel.

Dans plusieurs pays, le concept même de promotion de la santé et le rôle qui est dévolu à l'école semble difficile à assimiler par les enseignants. Pour les coordinateurs, ce fait résulte des lacunes de la formation initiale et continuée des enseignants en matière d'éducation pour la santé.

Un autre point d'achoppement est la relative difficulté d'ajuster les perspectives européennes aux réalités nationales ou régionales.

Nous le voyons, les portes d'entrée, les processus de sélection, les pratiques et les réalisations varient d'un état à l'autre mais cette disparité sera certainement très riche en termes d'apprentissage. Ce sera à l'évaluation de nous dire ce qui est le plus opérant en fonction des contextes d'implantation. Le partage d'expériences, de ressources, de procédures apportera, à coup sûr, un lot considérable d'informations utiles.

Geneviève Houioux, collaboratrice du Service Education pour la Santé, Croix-Rouge de Belgique