

Science

Liège

24 avril 1996

"La légende de la vie", conférence présentée par le Professeur Albert Jacquard, le mercredi 24 avril 1996 à 20 heures à l'Institut de Zoologie, Quai Van Beneden 22, 4020 Liège. Réservation des places auprès de Mutual Services au 041/42.43.65. PAF: 500 francs adultes, 300 francs étudiants.

Le Salon Itinérant d'Art Médical est organisé par Mutual Services "La mutuelle médicale" au profit de la Fondation Léon Frédéricq pour la recherche médicale.

Renseignements: Martine Vaesen, Relation Publiques, rue de la Mutualité 41, 1180 Bruxelles, tél. et fax 02/344.86.69.

Périnatalité

Charleroi

25 avril 1996

Que choisir pour nourrir mon enfant, le sein ou le biberon?, soirée d'information pour futurs parents, jeunes parents, grands-parents,...

Participation: 200 francs par personne, 300 francs par couple.

Renseignements: Allaitements-infos de Charleroi Naissance, Karine Roisin, avenue Général Michel 1B, 6000 Charleroi, tél. 071/33.02.29.

Audiovisuel

Liège

26 et 27 avril 1996

Festival international du film médical, au Palais des Congrès de Liège (voir la rubrique "Vu pour vous").

Renseignements: Yolande Piette Communication, av. de l'Observatoire 160, 4000 Liège. Tél.: 041/54.12.25. Fax: 041/54.12.90.

Alcoolisme

Dampremy

27 avril 1996

Conférence-débat "De la survie au rétablissement", avec la participation du Docteur Bradfer et des Alcooliques Anonymes.

Lieu: Centre Fourcalt, rue des Français 147, 6020 Dampremy.

Renseignements: Centre Régional d'information Al-Anon de Charleroi, rue du Gouvernement 15, 6000 Charleroi, tél. 071/33.22.00.

Epidémiologie

Bordeaux

24 juin au 5 juillet 1996

L'Unité de Formation et de Recherche de Santé Publique de l'université de

Bordeaux 2 et l'unité INSERM 330 organisent le VIe cours d'été "Méthodes en Epidémiologie et recherche clinique".

Renseignements: UFR de Santé Publique - Espace Communication-Santé, Université Bordeaux 2, rue Léo-Saignat 146, F-33076 Bordeaux cedex, tél. 57.57.15.80, fax 56.24.00.81.

Violence

Bruxelles

21, 22, 23 août 1996

Colloque sur la prévention de la violence et la résolution des conflits.

Organisation: ASBL Humania, dans le cadre du réseau européen ENCORE (European Network for Conflict Resolution in Education - Réseau Européen pour la Résolution des Conflits à l'Ecole).

Programme en bref: le 21/08 "La médiation et ses applications actuelles en Belgique en milieu scolaire; le 22/08 "Eduquer les jeunes à résoudre leurs conflits eux-mêmes"; le 23/08 "La violence canalisée". Lieu: Communauté française, boulevard Léopold II 44, 1080 Bruxelles.

PAF 1200 francs pour les trois journées, 500 francs par journée.

Renseignements: ASBL Humania, avenue Swartenbrouck 3, 1090 Bruxelles, tél. 02/479.92.75.

Enfant - adolescent

Genève

11 au 14 septembre 1996

4e colloque francophone des Villes Santé de l'O.M.S. sur le thème "L'enfant et l'adolescent dans l'environnement urbain d'une Ville Santé".

Renseignements: Réseau français des Villes Santé de l'O.M.S., Centre collaborateur de l'O.M.S., Hôtel de ville BP 3126, F-35031 Rennes Cedex.

Rectificatif

Dans l'article "L'amigrissement: consensus et forum" paru dans le numéro 104 (pages 10 à 12), des informations relatives aux recommandations du rapport final ont été publiées.

L'asbl Famille et Culture nous signale que ces conclusions sont la propriété exclusive du Ministre de la Santé Publique (fédérale), et qu'elles n'avaient donc pas à être dévoilées dans notre revue.

De même, et contrairement à ce qui était dit à la fin du texte, le rapport final n'est pas disponible à l'asbl FAC, qui diffuse seulement les actes de la conférence et du forum.

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

Rédacteur en chef: Christian De Bock.

Conseiller de la rédaction: Jacques Henkinbrant.

Secrétaire de rédaction: Bernadette Taeymans.

Secrétaire de rédaction adjoint: Anne Fenaux.

Rédaction: Jean-Benoît Dufour, Maryse Van Audenhaege

Documentation: Maryse Van Audenhaege.

Abonnements: Franca Tartamella.

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

Editeur responsable: Edouard Descampe.

Maquette: Philippe Maréchal.

Mise en page, photogravure et impression: Economat ANMC.

Tirage: 2.100 exemplaires.

Diffusion: 1.800 exemplaires.

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

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

ISSN: 0776 - 2623.



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

ISSN: 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

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

Education

SANTÉ

AVRIL 1996 106

Réflexions

Pour un nouveau paradigme de la santé par Marc Renaud et Louise Bouchard p. 2

Locale

Valorisation d'un projet p. 8

Initiatives

Et si on se parlait, docteur? par Bernadette Taeymans, Eric Jauniaux, Anne Malice et Marie-Madeleine Leurquin p. 9

La Cité des enfants d'Houffalize par Patricia Thiébaud p. 12

Les centres communautaires de santé par Natacha de Granges p. 15

La Ville. Journée scientifique du RESO-UCL p. 18

Entraide

Quatre fiches du self-help p. 19

Documentation

Le Projet VALOR par Joëlle Dequesne et Tonia Bertrand-Baschwitz p. 21

Supplément

Le revue du 'Club première génération sans tabac' change de look

photos: Office du Tourisme, Ville de Liège



Le Festival International
du Film Médical et de Santé
de Liège p.25



Pour un nouveau paradigme de la santé

La santé, ce ne sont pas les soins médicaux. Pour produire la santé, une société doit produire autre chose que des soins. Elle doit produire de la richesse, de l'emploi, de l'éducation et ainsi de suite. Tous les marqueurs d'état de santé (espérance de vie, taille, mortalité infantile, etc.) ont augmenté (ou décro) indépendamment du degré de médicalisation d'une société.

Il est également clair que l'amitié, l'entraide, le "caring" auprès des enfants ou des parents âgés, sont des soins de santé au moins aussi importants que les soins médicaux. Dans ce contexte, on commence à s'apercevoir que chaque argent placé dans le médico-hospitalier n'est pas disponible pour d'autres secteurs dont on connaît par ailleurs l'importance déterminante pour la santé d'une population, que ce soit le soutien aux enfants et aux parents, l'école, la création d'emplois d'utilité communautaire, le recyclage de main-d'oeuvre, l'amélioration de l'environnement physique, ou les programmes de lutte contre la pauvreté et de lutte contre la culture de la dépendance. Les connaissances nouvelles en matière de déterminants sociaux, économiques et culturels de la santé appellent à une véritable révolution de "paradigme" dans nos manières de penser et de faire sur les questions de santé.

Les soins médicaux constituent aujourd'hui la plus grosse industrie des pays développés. Au Canada, celle-ci accapare plus de 10 % de la richesse (9 % en France) et 10 % de main-d'oeuvre. C'est aussi une industrie en profonde mutation. Les forces de changement sont innombrables - percées technologiques en médecine, vieillissement de la population, crise des finances publiques, luttes interprofessionnelles, etc. - tout comme sont nombreuses les dynamiques sociales en cause - "médicalisation" des problèmes sociaux, "judiciarisation" de la prise en charge, "deshumanisation" des soins, "désinstitutionnalisation" dans le domaine de la santé mentale, "responsabilisation" de plus en plus grande des individus, des familles et des communautés. Cette industrie est devenue un système tellement vaste et complexe qu'elle semble tout entière

accaparée par ses problèmes de financement et de gestion. En réalité, ceux-ci ne sont que la pointe émergée de l'iceberg. Le problème de fond, c'est celui de la finalité du système de soins: contribue-t-il à l'amélioration de la santé de la population en proportion des investissements colossaux qui y sont faits? C'est là une question fondamentale pour bon nombre de chercheuses et de chercheurs.

Un système aux rendements décroissants

Depuis un demi-siècle, les sociétés ont misé sur les services médicaux. Ce qui était perçu comme bon pour les médecins et les malades, était perçu comme bon pour la nation. Les gouvernements n'ont eu de cesse d'investir massivement dans les services médico-hospitaliers et d'en garantir l'accessibilité par des régimes universels d'assurance.

Ainsi, que l'on investisse dans les soins \$1000 US per capita comme au Japon, \$1500 US comme au Canada ou \$2000 US comme aux U.S.A., ne change rien à l'espérance de vie. En d'autres mots, ce ne sont pas les pays qui ont le plus de médecins et de lits d'hôpitaux qui ont les meilleurs indicateurs de santé. Le cas le plus frappant est celui du Japon qui a réussi - malgré de faibles investissements dans les soins ainsi que de faibles ratios médecin-population et infirmière-population - à faire passer l'espérance de vie des hommes de 64 ans en 1955 (le plus bas niveau des pays de l'O.C.D.E.) à 76 ans (le plus haut niveau) en 1985. Ce pays détient aussi maintenant la meilleure espérance de vie pour les femmes et un des plus faibles taux de mortalité infantile. De fait, l'espérance de vie au Japon est l'équivalent de celle que nous aurions au Canada si nous réussissions à éliminer toute la mortalité par maladie cardio-vasculaire.¹²

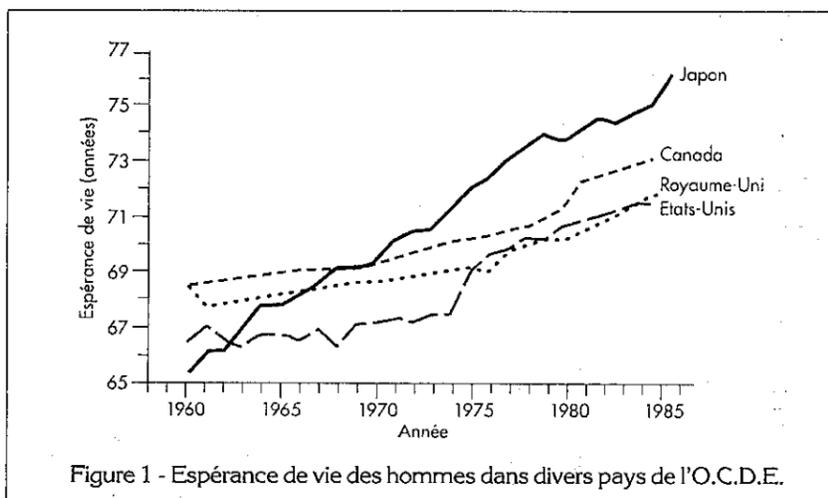


Figure 1 - Espérance de vie des hommes dans divers pays de l'O.C.D.E.

Le résultat? Un paradoxe. Logiquement, on devrait s'attendre à ce que plus un pays investit dans les soins, meilleurs soient ses indicateurs de santé. Tel ne semble pourtant pas le cas. Si l'on compare les pays les uns avec les autres, les études montrent qu'il n'y a pas de corrélation statistique entre les dépenses de soins per capita et divers indicateurs de performance (comme le taux standardisé de mortalité causée par des maladies traitables, espérance de vie, espérance de vie en bonne santé ou divers taux de morbidité).

De même, parmi les pays les plus pauvres, ceux qui ont les meilleurs indicateurs de santé ne sont pas nécessairement les pays ayant le meilleur revenu per capita et les meilleures installations sanitaires. Des pays musulmans riches en pétrole, comme l'Irak, l'Arabie Saoudite, le Maroc, réussissent moins bien en termes de santé que des pays pauvres (Kerala, Sri Lanka, etc.)².

Si le fait de disposer d'une plus grande quantité de ressources ne semble pas améliorer les indicateurs - certes gros-

- Promouvoir l'audiovisuel dans le domaine de la médecine et de la santé.
- Favoriser la diffusion et la distribution des réalisations audiovisuelles médicales et de santé dans le monde.
- Mettre en place un modèle d'homologation, de catalogage et d'archivage des films médicaux de façon à stimuler les échanges entre les acteurs du monde audiovisuel de la santé.
- Collecter, rassembler puis redistribuer les fichiers d'adresses de tous les festivals membres de l'Association.
- Constituer une banque de donnée mondiale de films médicaux et de santé consultable à distance par les membres de l'Association.
- Faciliter la collaboration entre les festivals existants en incitant leurs organisateurs à échanger leurs expériences.
- Promouvoir la défense et l'harmonisation des propriétés artistiques et audiovisuelles dans le domaine médical et de la santé.

Contacts pour la Belgique: Pierre Jamart - Eric Vandersteenen

Eric Vandersteenen, Service audiovisuel - Médiathèque de la Communauté française de Belgique

¹ Voir le dossier consacré à cette manifestation dans *Education Santé* n° 98 de juin 1995.

² Palmarès disponible sur simple demande (041/54.12.25).

Un beau cadeau pour les lecteurs d'Education Santé!

Les organisateurs du Festival ont le plaisir de vous offrir une réduction de 40% sur le prix d'entrée, soit 150 FB par personne et par jour au lieu de 250 FB.

Cette offre est valable pour deux personnes, le vendredi 26 avril et/ou le samedi 27, sur présentation de la revue *Education Santé* du mois d'avril 1996.

Organisation et détails pratiques

- 2 jours de projection: le vendredi 26 avril et le samedi 27 avril.
- 140 films inscrits dont près de 50% destinés au grand public.
- 2 jurys internationaux décerneront 4 prix.
- Des mentions spéciales seront attribuées par les jurys de présélection.
- 8 salles de projection organisées dans les salles mosanes du Palais des Congrès.
- Des projections individuelles seront possibles pour voir ou revoir certains films diffusés durant le festival.
- "La santé en images", une table ronde entre le grand public et les professionnels de l'éducation à la santé et de l'audiovisuel sera organisée le vendredi 26 avril, à la clôture de la première journée de projection (à partir de 18 heures).
- Cinq tables rondes seront organisées le vendredi 26 avril à 20 heures. Elles seront destinées et strictement réservées aux praticiens généralistes ou spécialistes.
- Une table ronde sera organisée par la WAMHF et la Médiathèque, le vendredi 26 avril à 20 heures. Elle sera consacrée à un échange d'informations et de réflexions sur le film médical et de santé dans le monde, avec la participation et l'intervention de spécialistes internationaux.
- Un catalogue/programme sera publié (français/anglais). Le titre, le résumé, les mots-clés ainsi que toutes les informations pratiques: date, heure et salle de diffusion y seront repris pour chaque film.

Frais d'inscription:

- pour les médecins: 2 500 francs par jour ou 4 500 francs pour les deux jours;
- pour les paramédicaux (infirmier(e)s, kinésithérapeutes, psychologues, etc.) et les professionnels de la vidéo: 1 500 francs ou 2 500 francs pour les deux jours;
- pour le grand public: 250 francs par jour;
- pour les étudiants: 100 francs par jour.

Pour une information sur:

• la présélection et la programmation des films destinés spécifiquement aux médecins et aux professions paramédicales: Pierre Jamart
Bâtiment des Polycliniques Lucien Brull,
Quai Godefroid Kurth, 45
4020 Liège
Tél.: 041/41.86.01 (répondeur)

• la présélection et la programmation des films destinés au grand public: Eric Vandersteenen,
Chef de projets - Service audiovisuel
Médiathèque de la Communauté française de Belgique
Place de l'Amitié, 6
1160 Bruxelles
Tél.: 02/737.18.11

• et pour d'autres renseignements pratiques concernant ce deuxième Festival International du Film Médical et de Santé de Liège (hébergement et réservations hôtelières, accès, inscriptions, etc.): Yolande Piette
Avenue de l'Observatoire, 160
4000 Liège
Tél.: 041/54.12.25
Fax: 041/54.12.90

Quelles sont les principales caractéristiques de cette nouvelle édition que vous souhaiteriez mettre en évidence?

" En fait, nous nous sommes fixés quatre objectifs prioritaires:

- 1. Offrir une possibilité de projection publique aux vidéogrammes médicaux et de santé.

A l'origine, outil d'enseignement et de formation continue réservé au milieu médical, le film médical et de santé suscite à présent la réalisation de documentaires de vulgarisation, dans une forme et un langage de plus en plus souvent accessible au grand public. Ces programmes abordent aussi bien différents aspects de la médecine que des actions possibles de prévention ou de promotion de la santé.

- 2. Proposer un vaste choix de films regroupés en deux jours.

Ceux-ci sont susceptibles d'intéresser à la fois toute personne ayant charge d'enseignement ou de formation, les associations, les réalisateurs, les sociétés de production ou de distribution, les travailleurs du secteur de la santé (tant au niveau médical que paramédical) mais aussi toute personne intéressée par la médecine et la santé au sens très large.

Le programme de projections destiné au public médical et paramédical et celui proposé au grand public se dérouleront simultanément durant les deux jours, dans des salles distinctes, plus de huit salles au total.

Il est bon de rappeler que les films publicitaires ne sont pas admis à concourir. Les films réalisés avec l'aide de sociétés commerciales ou pharmaceutiques sont par contre admis.

Les films médicaux devront avoir été réalisés après le 1er janvier 1992. Quant aux films grand public (concernant donc l'information médicale, la prévention et l'éducation pour la santé), ils devront avoir été réalisés ou produits après le 1er janvier 1990.

Comme les projections auront lieu dans un contexte de festival et de compétition officielle, les films ne devront pas dépasser une durée conseillée de 30 minutes. En tout état de cause, la durée maximale autorisée est de 40 minutes. Les films dépassant cette durée pourront toutefois être présentés "Hors compétition", par décision des jurys de présélection.

- 3. Donner l'occasion aux auteurs et aux réalisateurs de jauger la qualité et l'impact de leurs films.

L'évaluation systématique des films inscrits pour la compétition constitue une particularité originale du FIFIMEL; cette pratique est assez rare dans d'autres festivals internationaux du même genre.

Nous demandons aux membres des deux jurys de présélection (pour les films médicaux et pour les films destinés au grand public) et au jury international de la compétition officielle de rédiger une fiche d'évaluation et d'appréciation. Celle-ci tient compte des aspects scientifiques (actualité du sujet, objectivité, précision, valeur scientifique, etc.), didactiques (clarté du message, fil conducteur, etc.) et cinématographiques (qualité de l'image et du son, dynamisme du montage, etc.) des films visionnés. Les jurys identifieront et indiqueront aussi les points forts et les points faibles des films. Ces commentaires pourront être consultés par les auteurs et les réalisateurs durant toute la durée du festival. Ces deux jurys sélectionneront donc l'ensemble des films qui seront retenus et diffusés. Ils proposeront également une liste de films qui participeront à la compétition et seront soumis au jury international.

- 4. Favoriser les contacts et les échanges.

Le Festival est conçu et voulu comme un forum de la communication médicale, un carrefour de la formation dans le domaine de la santé. Nous souhaitons que chaque film soit présenté par un de ses auteurs ou de ses réalisateurs. A la fin de chaque projection, quelques minutes seront réservées à une discussion entre le public et les auteurs/réalisateurs."

Les partenaires du Festival International du Film médical et de Santé de Liège

L'Université de Liège est " forte d'une équipe de 2.600 personnes, dont 1.300 professeurs et chercheurs. Elle compte environ 14.000 étudiants. En recherche fondamentale comme en recherche appliquée, elle est reconnue sur le plan international dans de nombreux domaines.

La position stratégique de l'ULg, au coeur du triangle Londres-Paris-Berlin, favorise son rayonnement et son insertion sur l'échiquier européen: via les

échanges de professeurs, de chercheurs et d'étudiants, elle est en contact avec plus de 300 institutions de recherche et d'enseignement en Europe.

La Faculté de Médecine constitue un des fleurons de l'Alma Mater liégeoise. Héritière de son prestigieux passé, elle jouit d'une excellente réputation sur le plan international".

Le Centre Hospitalier Universitaire de Liège (CHU) est " un établissement public distinct de l'Université de Liège depuis le premier avril 1987. Par sa collaboration à cet événement d'envergure, il met en exergue sa vocation d'hôpital de pointe, sa volonté d'ouverture au monde du film médical, ses relations privilégiées avec l'Université de Liège et l'intérêt qu'il porte à la vulgarisation scientifique, nécessaire à l'établissement d'un dialogue concret entre les spécialistes et leurs patients".

Le Grand Liège, " fondé le 31 décembre 1936, a pour objectif de rendre à la cité le rang auquel lui donnent droit son importance présente et l'éclat qu'elle hérite d'un passé séculaire. L'action de cette association est de dissiper l'ignorance dont Liège est victime, grâce à l'édition de nombreux livres, expositions et films qui feront découvrir la ville moderne; de remodeler la physiologie de l'agglomération; de préserver ce qui reste de la puissance industrielle de Liège".

La Médiathèque de la Communauté française de Belgique est " connue du grand public par ses activités de prêt des quelque 650.000 médias composant son patrimoine. Elle développe également des projets qui s'inscrivent dans le cadre de la sensibilisation et de la formation de ses utilisateurs. La Médiathèque est l'un des services aux éducateurs mis à la disposition de toute institution ou personne-relais souhaitant mener des activités d'éducation pour la santé en Communauté française de Belgique. Elle 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".

La "World Association of Medical and Health Films" (WAMHF) a été fondée en 1990, en Espagne, lors du 6e Festival International du Film Médical de Badajoz.

Cette association internationale a pour objectifs principaux de:

siers, mais usuels - de santé, on pourrait croire que ces investissements entraînent au moins un meilleur réconfort pour les malades et un meilleur soulagement des symptômes, en particulier de la douleur. Cela est vraisemblable, mais certaines données laissent perplexes.

En effet, quand on examine les pratiques médicales, on constate d'étonnantes variations d'une région à une autre et d'un pays à un autre. Par exemple, les pontages aorto-coronariens sont dix fois plus fréquents aux Etats-Unis qu'en Grande-Bretagne (quatre fois plus au Canada), les hystérectomies et les césariennes sont deux à trois fois plus fréquentes en Amérique du Nord qu'en Europe, sans que l'on puisse démontrer une différence dans la prévalence des problèmes à l'origine de ces procédures. Ces variations laissent croire que plus un pays investit dans les technologies médicales, plus les médecins les utilisent... sans pour autant avoir des résultats plus positifs. Elles reflètent une incertitude dans la pratique médicale, mais elles soulèvent aussi des questions relatives au rapport coût-bénéfice de différentes pratiques¹⁵.

Enfin, on devrait s'attendre, dans les pays les mieux pourvus, à ce que consommateurs et producteurs de soins soient plus satisfaits. Ici encore, les quelques données existantes sont contre-intuitives. C'est aux Etats-Unis - là où 14 % de la richesse nationale est consacré aux soins - que le public serait le plus prêt à reconstruire son système (26 % aux U.S.A. contre 5 % au Canada). De surcroît, dans tous les pays, les producteurs de soins se plaignent du manque de ressources pour faire face à des besoins qui semblent indéfiniment expansibles. C'est le cas même aux U.S.A., pays où le système est le plus cher de la planète! Comble du paradoxe, dans tous les pays, même dans ceux où le système coûte deux fois moins cher que les U.S.A. (par exemple, la Grande-Bretagne), on craint que le système ne fasse "sauter la banque"!

Le système de soins commence donc à se heurter à une sorte de loi des rendements décroissants, où chaque nouveau dollar investi semble rapporter moins en résultats tangibles que les dollars préalablement investis. En fait,

les chercheurs commencent à se demander s'il ne faudrait pas remettre en question la croyance très répandue selon laquelle l'augmentation du volume de la recherche biomédicale et du nombre de services médicaux améliore la santé de la population. Investir davantage dans les soins ne semble pas éliminer plus de mortalité prématurée.

La santé, ce n'est pas qu'une affaire de médecins et d'hôpitaux

Bien que l'estime populaire dont elle bénéficie soit sans doute exagérée, la médecine moderne a une efficacité technique incontestablement plus grande qu'il y a quelques décennies. Ce dont la médecine moderne a un urgent besoin, cependant, c'est d'évaluations fines et circonstanciées de l'efficacité de chacune de ses procédures. C'est ce à quoi s'emploient de nouvelles traditions de recherche (épidémiologie clinique, évaluation des technologies, étude des variations géographiques de la pratique médicale, etc.). Avec ces nouveaux outils, les organismes gestionnaires souhaitent développer de meilleurs contrôles sur la pratique médicale de même que des guides et protocoles de pratique. Les nouvelles traditions de recherche sont nécessaires et essentielles, ne serait-ce que pour des raisons économiques, mais elles ne sont pas suffisantes. Si toutes les technologies médicales étaient évaluées, la santé de la population n'en serait pas améliorée pour autant.

Les travaux de démographie historique ont bien montré que les grands bonds en avant en matière de santé ne sont pas attribuables à l'amélioration des technologies médicales. Les très fortes réductions de mortalité causée par les maladies infectieuses au cours des deux derniers siècles en Grande-Bretagne¹³ et du dernier siècle au U.S.A.¹⁴, se sont produites avant le développement de thérapies médicales efficaces.

Par exemple, comme le montre la figure 2, si le taux de mortalité causée par la tuberculose a chuté de façon importante après la découverte d'un traitement efficace (antibiotiques) de cette maladie (1944), cela ne saurait expliquer, toutefois, la baisse plus spectaculaire survenue au siècle précédent. Il est clair que "quelque chose" d'autre que la médecine a permis la réduction de la tuberculose. Ce "quelque chose" a à voir avec l'amélioration de la nutrition, avec l'espace des naissances et avec les conditions d'hygiène (égouts, approvisionnement en eau potable, etc.).

Le point central n'est pas que la médecine est inutile, bien au contraire. La médication et la vaccination ont énormément contribué à la réduction des maladies infectieuses. Mais, ce sont des facteurs sociaux qui ont été les plus importants déterminants de cette baisse! Cela a été vrai dans le passé pour des pathologies d'origine infectieuse. Cela sera sans doute encore vrai dans l'avenir pour les maladies dites chroniques (coeur, cancer, etc.).

De même, au moment de l'introduction des régimes universels d'assuran-

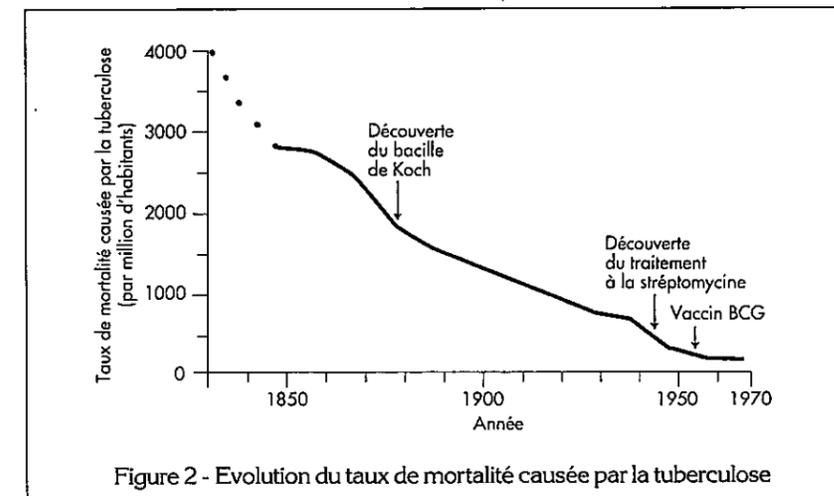
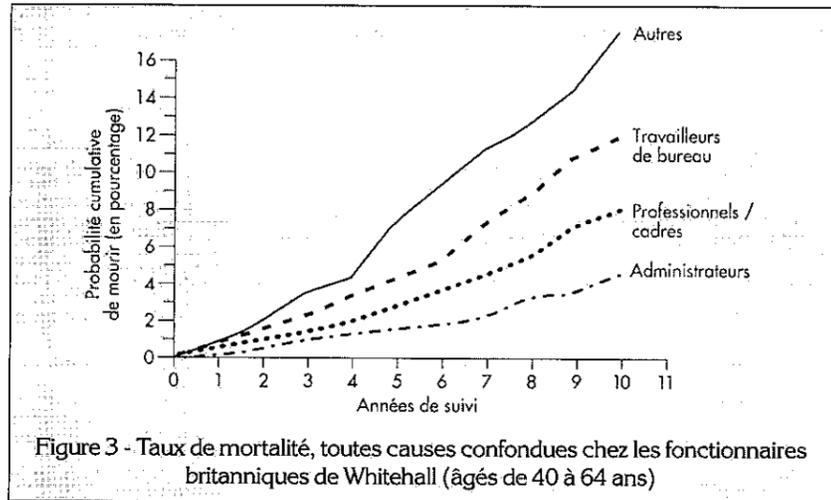


Figure 2 - Evolution du taux de mortalité causée par la tuberculose

ce-maladie après la deuxième guerre mondiale, on croyait que de telles mesures réduiraient à néant les inégalités sociales en matière de santé: les plus pauvres pouvant avoir accès aux médecins et aux hôpitaux, ils pourraient rattraper le niveau de santé des couches

mi le personnel professionnel ou administratif. Il est important de savoir qu'il ne s'agissait aucunement là d'une population pauvre ou exposée à des risques environnementaux importants, mais de classes moyennes et supérieures.



Bien qu'historiquement, on ait confié à la médecine le soin d'assurer la santé de la population, dans les faits, c'est de maladies que les médecins s'occupent. La persistance du gradient de santé montre que la maladie n'est pas liée au hasard, mais à "quelque chose" dans l'environnement social, économique et culturel des gens.

C'est cette intuition de l'existence de plusieurs déterminants de la santé, qu'a conceptualisé - pour la première fois dans le monde - le rapport Lalonde⁹. Ce document a mis en lumière le fait que les soins de santé ne sont qu'un seul des quatre déterminants de la santé (la biologie, l'environnement, les habitudes de vie et les soins).

A la suite de la publication de ce document, on a insisté sur les mauvaises habitudes de vie (tabac, alcool, sédentarité, etc.) comme causes des maladies. Dans cette vision des choses, l'idée que les gens sont responsables de leur santé et que ce soit un peu de leur faute s'ils tombent malades, est implicite. Cela est bien sûr en partie vrai, mais pas autant qu'on l'a cru pendant un certain temps.

En effet, les mauvaises habitudes de vie suivent aussi en gradient le statut socio-économique.

Par exemple, il est maintenant largement démontré que le tabac tue. Cependant, pourquoi un individu se priverait-il du plaisir de fumer si par ailleurs sa vie est ennuyante, son travail aliénant et que ses perspectives d'avenir sont déprimantes ou inexistantes? Il s'agit là d'une échappatoire, certes dangereuse mais agréable, face

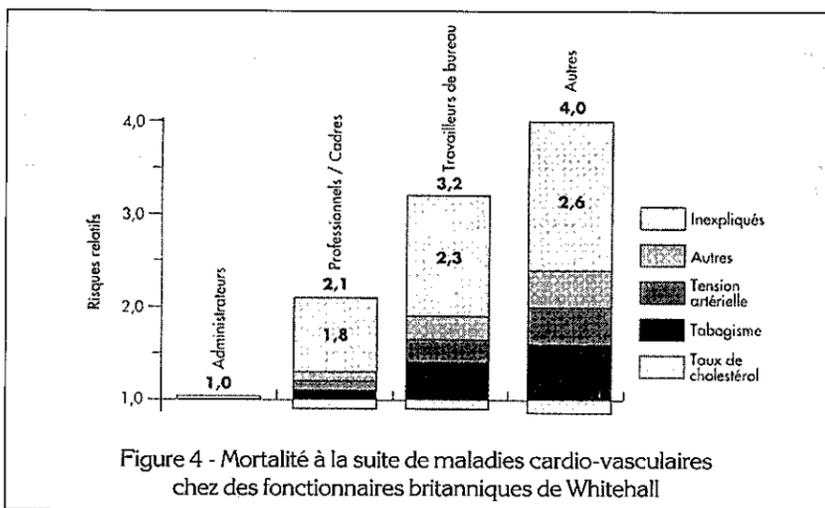
Cette étude a été corroborée par plusieurs autres analyses faites ailleurs dans le monde¹⁸. Ces observations suggèrent un processus étiologique non spécifique, corrélé avec la position de l'individu dans la hiérarchie et qui peut s'exprimer à travers un ensemble de maladies. C'est comme si ce "quelque chose" choisissait des chemins biologiques différents pour atteindre les individus.

La santé, ce n'est pas qu'une affaire d'habitudes de vie

plus aisées de la population et, après un certain temps, éprouver moins de besoins en services de soins...

Là encore, cette croyance s'est révélée sans aucun fondement. Dans certains pays, l'écart de mortalité entre les couches inférieures et supérieures s'est même accentué depuis la guerre. En fait, dans tous les suivis longitudinaux de populations, on constate un gradient de santé: les mesures de mortalité comme de morbidité suivent en escalier le statut socio-économique de la population. Plus on est élevé dans la hiérarchie des revenus, moins grande est la mortalité, plus longue est l'espérance de vie et plus longue est l'espérance de vie en bonne santé. Ce gradient a été observé dans tous les pays du monde, mais avec une amplitude qui varie. Le gradient est présent pour toutes les causes de mortalité, qu'elles soient liées ou non aux mauvaises habitudes de vie (tabac, alimentation, etc.).

Il semble donc y avoir "quelque chose" qui est associé à la position dans la hiérarchie, qui prédispose à la maladie et à la mort prématurée, et que la médecine ne peut guérir. Par exemple, une étude menée auprès de fonctionnaires britanniques de Whitehall^{10,11} a montré que sur une période de dix ans, les hommes âgés de 40 à 64 ans mouraient en trois fois plus grand nombre parmi les travailleurs manuels et de bureau que par-



Vu pour vous

Le Festival International du Film Médical et de Santé de Liège

Un événement d'importance se déroulera, à la fin de ce mois d'avril, au Palais des Congrès de Liège: la deuxième édition du Festival International du Film Médical et de Santé de Liège (FIFIMEL II pour les amateurs d'abréviations).

Venez-y découvrir de nouvelles réalisations nationales et internationales, y rencontrer les concepteurs et les réalisateurs, y débattre - pourquoi pas - de la médiatisation de plus en plus importante de la santé, y retrouver aussi, d'une manière plus conviviale, collègues et amis dans un contexte, peu habituel en Belgique, de compétition internationale.

FIFIMEL: mais de quoi s'agit-il donc?

La Faculté de Médecine de l'Université de Liège organisera, les 26 et 27 avril 1996, la deuxième édition de son Festival International du Film Médical et de Santé. Cette manifestation sera le fruit cette année d'une collaboration entre le Centre Hospitalier Universitaire de Liège, l'Association du Grand Liège et la Médiathèque de la Communauté française de Belgique, asbl.

Le Festival est jumelé avec le Festival International du Film Médical de Mauriac¹.

Il se déroulera sous le parrainage de la World Association of Medical and Health Films (WAMHF).

Le Festival se tiendra à Liège, ville millénaire qui, par son histoire, sa position géographique et son activité économique, est reconnue comme pôle européen d'importance. Doit-on rappeler que l'Université de Liège, bien ancrée dans la ville mais également tournée résolument vers l'extérieur, est très consciente de son rôle de pôle intellectuel dans la dynamique internationale. L'organisation de cette manifestation internationale en est une nouvelle preuve.

Le Festival International du Film Médical et de Santé se veut, tout à la fois, forum de la connaissance médicale et carrefour de la formation, lieu de rencontres, de débats, d'échanges d'expé-

Sans transition, la parole aux organisateurs

Pourquoi organiser une telle manifestation?

" Tout d'abord, un tel festival dans le monde médical belge permet aux médecins de venir y dispenser à leurs confrères les nouvelles connaissances et techniques de pointe et, en retour, ils peuvent venir y glaner les informations nécessaires à leur pratique quotidienne; il permet aussi aux étudiants de venir y chercher des éléments d'information pour leur pratique future.

Pour le grand public, de plus en plus intéressé par tout ce qui touche aux problèmes de santé, le festival est une excellente occasion de découvrir des films rarement diffusés jusqu'à présent en Communauté française et de prendre ainsi connaissance d'expériences ou des résultats de recherche menées dans d'autres pays, y compris les pays en développement".

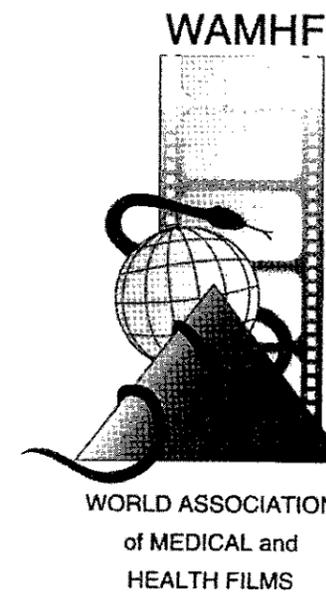
Vous n'en êtes pas à votre premier essai?

" En effet, une première édition s'était déroulée les 25 et 26 mars 1994. Elle avait vu la participation de près de 500 personnes, dont plus de la moitié venait de l'étranger. Plus de 150 films ont été projetés, dont près de 50% de productions étrangères.

Les films en compétition avaient été classés en deux catégories: les productions "grand public" et les productions "spécialisées". Une journée complète de projection était consacrée à chaque catégorie. Dans chacune d'elles, le meilleur film était primé par un jury composé de spécialistes de l'audiovisuel et de scientifiques.

Quatre prix ont été décernés au total². A titre d'exemple, le Grand Prix du Festival a été remis au film français "Le mal des mots", film sur l'aphasie réalisé par F. Pace, H. Lavenant et R. Ikhlef.

Mais, contrairement à l'édition précédente, la programmation de cette édition 1996 accordera une place toute particulière et très importante aux films d'éducation et de promotion de la santé, destinés au grand public."



Pour des raisons politiques et démographiques, la question des solidarités familiales est à l'ordre du jour: la crise de l'Etat-Providence, le coût croissant des systèmes d'assurances et d'assistance, l'émergence de nouveaux risques liés au chômage, aux ruptures familiales et surtout au vieillissement de la population ont réactivé le thème des solidarités, sous l'angle à la fois des réciprociétés mais aussi sous l'angle d'une économie cachée liée à la parenté. En effet beaucoup d'acteurs sociaux et politiques souhaitent que la famille perçue comme l'unité de base de la vie sociale, retrouve son rôle moteur. Ce rapport est un ensemble de contributions, venant de sociologues et d'économistes, s'intéressant aux relations intergénérationnelles au sens large. La multiplicité des perspectives devra aboutir à une vision harmonisée de l'étude des transferts et solidarités intergénérationnelles.

COBBAUT J.P., *Viellissement société et droit*, in *Ethique des vieillissements*, Bruxelles, mars 1994, pp. 11-26

Ce texte propose une approche philosophico-juridique du phénomène du vieillissement. Il s'inscrit volontairement dans une perspective critique. Interrogeant les liens entre la fonction du droit et le vieillissement sociétal, ce texte évoque les insuffisances des conceptions classiques du droit liées aussi bien au modèle de l'état libéral qu'à celui de l'Etat-providence.

GEVERS L., DE DONDER P. et CREVITS P., *Services aux personnes âgées: une vue économique*, Bruxelles, avril 1995, 229 p.

Depuis une vingtaine d'années, le modèle belge de l'Etat-Providence est confronté à une crise grave et inquiétante, qui concerne les personnes âgées à double titre: d'une part, alors que la demande et les besoins des personnes âgées connaissent une croissance constante suite à l'évolution démographique, le financement de la sécurité sociale est compromis par l'augmentation des dépenses de soins de santé et de chômage; d'autre part, sont apparues les limites de l'Etat-Providence, à savoir la prise en charge en institution des personnes âgées.

Objectif du rapport: poser un regard d'économiste sur le problème des services pour personnes âgées. Comment assurer l'adéquation de l'offre de services aux besoins individuels. On commence par situer le champ social et économique dans lequel s'inscrit cette

recherche. Une étude de l'adéquation entre l'offre et la demande en matière de services collectifs sociaux destinés aux personnes âgées nécessite en effet qu'on fasse d'abord le point d'une part, sur la situation démographique, d'autre part, sur l'étendue et la variété de l'offre de services actuellement disponibles en région wallonne. Grâce à deux enquêtes menées auprès des personnes de plus de 75 ans à domicile ou en institution, on décrit la demande de services en détaillant les caractéristiques de la population âgée. On confronte alors besoins et recours pour tenter de préciser les circonstances dans lesquelles se font les choix entre utilisation de services à domicile et placement en institution.

La conclusion de ce rapport est une esquisse des pistes de réflexion et des voies d'action en matière de coordination des services professionnels et de l'aide de l'entourage et d'interaction entre services résidentiels et non résidentiels.

ROELANDS M., VAN OYEN H., DE BACKER G., LAGASSE R. et STROOBANT A., *L'espérance de vie sans invalidité des personnes âgées: une méthode de planning et de prise de décision dans le secteur des soins de santé*, Bruxelles, mai 1995, 142 p.

La mortalité est une mesure permettant de définir la santé d'une population. La mortalité peut être résumée par l'espérance de vie. La première partie de ce rapport présente une étude de la littérature qui a permis aux auteurs de faire le tour des concepts de santé, d'espérance de vie, de qualité de vie, ainsi que des différents modèles. Ensuite ils expliquent leur méthodologie de la recherche après les conséquences introduites par la vision modifiée de la santé autant dans les données que dans les instruments de mesure utilisés. L'espérance de santé en tant que concept, les méthodes de calcul, les résultats internationaux, les inégalités dans l'espérance de santé et le gain en espérance de vie par élimination de maladies, sont des points développés aussi dans cette première partie. La deuxième partie du rapport est consacrée à l'enquête en santé: les données, les résultats et la discussion. La troisième partie présente le résumé des critiques méthodologiques et des résultats, ainsi que les recommandations en vue d'une politique.

VAN WANSELE C., BRAU J. et MOULIN M., *Ethique des vieillissements*, Bruxelles, mars 1994, 180 p.

L'auteur propose dans le premier volet une approche philosophico-juridique du phénomène du vieillissement, une exploration dans les méandres institutionnels de l'hôpital et une confrontation des logiques professionnelles et institutionnelles. Sont aussi passées en revue les questions d'ordre éthique soulevées par l'utilisation des échelles de dépendance dans la prise en charge des personnes âgées. L'une des contributions aborde quelques situations qui, dans la pratique de la médecine générale, engendrent des problèmes juridiques et éthiques. Dans le deuxième volet, l'objectif est de contextualiser l'émergence du questionnement éthique au sein du paysage politico-administratif belge. Le troisième volet traite, chiffres à l'appui, les vieillesse différencielles et leur poids social.

VRANCKEN D., *Veilleuses en hôpital: l'éthique en ses terres amères*, in *Ethique des vieillissements*, Bruxelles, mars 1994, pp. 27-37

Ce texte explore, au coeur des méandres institutionnels de l'hôpital, les enjeux et les modalités de conflits-rencontres entre logiques institutionnelles et aspirations professionnelles. En gériatrie, l'absence fréquente de guérison au bout de la trajectoire hospitalière place hors de mise la légitimité médicale. En ce sens, la gériatrie apparaît comme un lieu d'observation privilégié. C'est à l'humanité même du sujet que s'adressent les mises en question des professionnels de soins dans un univers institutionnel en pleine mutation.

Conclusion

Le Projet VALOR s'intègre à un système plus global de documentation touchant les différents domaines de la santé, hormis le domaine médical curatif. Ce système est basé sur le principe de la complémentarité des projets documentaires réalisés par RESO dans les mêmes domaines, tant au niveau communautaire qu'aux niveaux fédéraux, européens et internationaux. Les utilisateurs des produits VALOR bénéficient directement de ces développements et des collaborations établies.

Joëlle Dequesne, Projet Valor-RESODOC, Maria-Antonia Bertrand Baschwitz, RESODOC, Unité d'Education pour la Santé RESO-UCL. Tél. +32/(0)2/764.56.44

au stress et à l'ennui de la vie quotidienne.

Enfin, fait encore plus troublant, les études montrent que si toute la population adoptait un genre de vie raisonné, conforme à la nature scientifiquement comprise (particulièrement en ce qui a trait à l'alimentation, au tabac et à l'alcool), l'espérance de vie serait certes allongée mais le gradient d'état de santé entre les diverses classes sociales persisterait. C'est donc dire que la bonne santé n'est pas qu'une affaire d'habitudes de vie.

Comme le montre la figure 4, la mortalité par maladies cardio-vasculaires suit en gradient le statut socio-économique de la population. Ce graphique montre également que le taux de mortalité imputable à l'un ou à l'autre des facteurs de risque connus (tabagisme, cholestérol, pression sanguine et autres) est moins important que celui attribuable à ce "quelque chose" d'inexpliqué dont nous avons déjà parlé. En d'autres mots, si l'on arrivait à corriger ces facteurs de risque, il se produirait une réduction importante de la mortalité, mais le gradient persisterait.

La santé, c'est une question de qualité d'environnement social

Qu'est-ce qui se cache derrière le gradient de santé? Quel est ce "quelque chose" qui semble si fortement influencer sur la santé? On commence à soupçonner que c'est dans l'environnement social, économique et culturel de l'individu que se trouvent certains des secrets les plus méconnus de sa longévité et de sa bonne santé. En particulier, les moyens qu'utilise une personne pour faire face aux stress de la vie seraient fondamentaux. Ces moyens sont associés à l'estime de soi et au sentiment de contrôle, deux facteurs qui varient directement en fonction du statut socio-économique.

L'étude comparée de la mortalité dans divers pays montre que plus un pays est prospère et plus sa structure sociale redistribue les bénéfices de cette prospérité, plus élevés sont le sentiment de contrôle et l'estime de soi de ses citoyens, et meilleure est leur santé. De même, plus un pays investit de ressources dans l'éducation, de ma-

nière équivalente pour les hommes et pour les femmes, plus ses citoyens se sentent en contrôle de leur devenir, et meilleure est leur santé.

L'étude sur les fonctionnaires de Whitehall montre que plus quelqu'un est élevé dans la hiérarchie de l'emploi, que plus il a un sentiment de contrôle sur son travail et que plus il trouve que son travail est varié, alors plus il se sent stimulé et en santé. L'équipe de recherche a également constaté que chez tous les fonctionnaires, il y avait une augmentation de leur pression sanguine en arrivant au travail mais que, phénomène bizarre, au retour à la maison, la pression avait tendance à chuter beaucoup plus chez les personnes placées en haut de la hiérarchie que chez celles en bas, comme si les hauts fonctionnaires arrivaient mieux à s'affranchir des tensions ambiantes.

L'organisation du travail est un autre élément important. Ainsi, une étude⁷ montre que les individus les plus à risque de développer un problème cardiaque, ceux qui expérimentent les stress les plus dommageables, sont ceux dont le travail impose des demandes imprévisibles et incontrôlables, avec peu ou pas de marge de manoeuvre pour y répondre. Ce n'est pas d'avoir un travail exigeant qui est dangereux pour la santé, mais bien d'avoir un travail exigeant en l'absence de ressources pour y faire face. S'il y a beaucoup de support et d'amitié sur les lieux de travail, les effets sont beaucoup moins grands.

Ces hypothèses soulèvent une question centrale: quels sont les mécanismes par lesquels le social interagit avec le biologique? L'environnement social n'a certes pas un effet miraculeux sur le corps et l'on comprend de mieux en mieux comment le cerveau et le système nerveux jouent un rôle clé de médiateurs vers les autres systèmes biologiques (endocrinien, immunitaire, sanguin, etc.).

Par exemple, un chercheur¹⁶ a montré que certains babouins mâles dans la jungle du Kenya avaient une bien meilleure santé que d'autres. Il a montré aussi qu'une hiérarchie sociale existe chez les babouins et que la caractéristique centrale des babouins dominants - et en meilleure santé - est la capacité de leur système endocrinien

de retourner plus rapidement à la normale après une période de stress, contrairement aux babouins dominés qui restent complètement dans un état d'anxiété.

Ce même chercheur a démontré, en laboratoire¹⁷, que les stress les plus nocifs ne sont pas ceux qui résultent de crises: nous savons tous comment réagir à une crise. Les stress qui affectent le plus la santé sont ceux qui sont les plus ressentis subjectivement et qui perdurent dans le temps. Il a décrit comment le stress, tel que perçu par l'hypothalamus, agit sur l'hypophyse, qui à son tour agit sur les glandes surrénales, qui élève le niveau de glucocorticoïdes. Or, c'est l'élévation persistante du niveau de glucocorticoïdes qui est dommageable.

Les effets sont nombreux: sur la digestion, sur la libido, sur l'énergie vitale, sur la tension artérielle. D'autres sont encore peu connus: les effets sur le système immunitaire et sur la mort neuronale, qui entraîne un vieillissement prématuré et éventuellement la mort.

Plus on est haut dans la hiérarchie, plus on arrive facilement à baisser le niveau de glucocorticoïdes après un stress aigu. La place dans une hiérarchie n'est pas le seul facteur. Encore plus importante est la société dans laquelle cette hiérarchie existe: être dominant dans une société en rébellion n'est certes pas bon pour la santé. Et, être dominé dans une société qui protège ses membres les plus faibles, est moins dangereux pour la santé que de l'être dans une société qui ne le fait pas. La personnalité joue aussi un rôle: une hiérarchie sociale n'a pas le même effet sur les individus dominés, si ceux-ci ont des amis ou s'ils ont appris à voir le bon côté des choses.

Des changements sont souhaitables et possibles

Ces constats et ces hypothèses ouvrent la voie à une véritable "révolution paradigmatique"⁸ dans l'approche de la santé d'une population. Selon l'état actuel des connaissances, une société ne peut plus prétendre bien s'occuper de la santé de sa population, simplement en lui fournissant des soins de santé, fussent-ils de la meilleure qualité technique possible. De même, une

société ne peut plus uniquement renvoyer la balle à ses membres, en leur disant qu'ils et elles sont "responsables" de leurs habitudes de vie et dès lors de leur santé. Une société doit se préoccuper de la qualité de l'environnement social qu'elle crée.

positif sur cette richesse dans la mesure où il rend les gens capables de travailler et de produire de la richesse. Mais la plupart du temps, il a un effet négatif dans la mesure où le système se concentre sur les personnes âgées et les malades chroniques, ce qui enlève

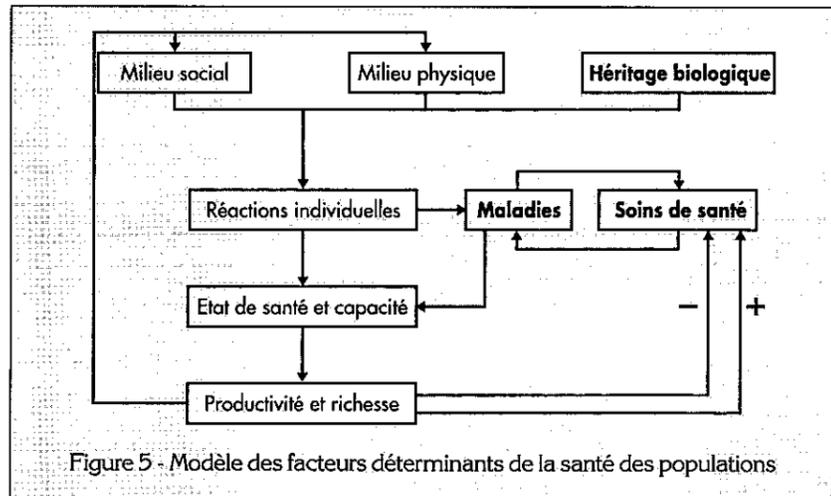


Figure 5 - Modèle des facteurs déterminants de la santé des populations

A l'intérieur du programme sur la santé des populations de l'Institut Canadien de Recherches Avancées (I.C.R.A.), on a essayé de schématiser ce nouveau paradigme⁵. Contrairement aux conclusions du rapport Lalonde, on établit ici que l'environnement social est un déterminant de la santé aussi fondamental que l'environnement physique et le bagage génétique. Selon le modèle de l'I.C.R.A., les réponses individuelles à ces environnements peuvent varier, certains individus développant de mauvaises habitudes de vie et des pathologies et d'autres pas. De ces réponses, découlent un état de santé et une capacité fonctionnelle.

Ce modèle distingue aussi les facteurs conduisant à la santé de ceux conduisant à la maladie. Il n'y a pas de ligne directe entre les soins et la santé: on ne demande pas au système de soins de s'occuper de santé, mais de maladies. Dans ce contexte, un arbitrage devient nécessaire entre la quantité de ressources allouées à la lutte aux maladies et la quantité de ressources nécessaires pour l'amélioration de la santé.

Enfin, le modèle montre l'importance de la richesse et de la productivité d'un pays pour la santé de sa population. Le système de soins peut avoir un effet

ve des ressources pour les jeunes et les personnes productives.

Le modèle de l'I.C.R.A. met en évidence un paradoxe: à force d'investir dans les soins, on finit par désinvestir la santé. La richesse d'un pays - le cas du Japon est éloquent - est créatrice de santé. Mais au-delà d'un certain seuil, l'investissement dans les soins draine les ressources, réduit la richesse d'un pays et finit par engendrer plus de maladies.

Quand on regarde l'évolution de la dette publique, l'accroissement du chômage, l'accroissement de l'aide sociale, l'accroissement de la pauvreté, l'accroissement des brisures familiales et leurs effets désastreux, il semble évident qu'il faut investir davantage de ressources dans l'amélioration de l'environnement social, si tant est que cela soit possible.

René Dubos, un microbiologiste de renom, prévoyait cette situation il y a déjà plus de 25 ans: "Il faut (dra) établir des priorités, ce qui implique des choix difficiles. L'idéal humain voudrait que la priorité soit accordée aux soins médicaux destinés aux malades et aux personnes âgées. Cependant, le souci de l'avenir et, en particulier, du développement économique, exige que les efforts soient concentrés sur l'enfance, et

même sur la petite enfance, car l'expérience montre que les premières années de la vie sont essentielles pour la santé future de l'adulte. Naturellement, un tel choix fait intervenir des critères médicaux, mais il pose également de graves dilemmes moraux et sociaux"⁴.

Dans ce contexte, de nouveaux choix collectifs s'imposent. Faut-il investir dans toute nouvelle technologie médicale efficace? Investir dans une médication coûteuse ou une chirurgie complexe, apparaît sans doute plus concret et plus immédiatement utile que d'investir dans les garderies, les écoles, les milieux de travail, le système de redistribution du revenu, bref "l'environnement social", un domaine forcément plus flou et moins balisé scientifiquement que la technologie médicale. Mais est-ce que cela est bien vrai? Est-il vraiment préférable de continuer à élargir la place des médecins et des hôpitaux plutôt que de tenter des innovations sociales? De telles innovations sont-elles vraiment possibles? Si l'on contraint l'expansion du système médico-hospitalier, encore faut-il s'assurer que les nouveaux investissements, ainsi rendus possibles, soient efficaces.

Comme le dit le proverbe américain, "if there is a will, there is a way" (que l'on pourrait traduire par: "S'il a la volonté, il y a une possibilité"). L'exemple le plus frappant est celui de l'industrie automobile. Qui eut cru, il y a 20 ans, qu'il aurait été possible de transformer radicalement la chaîne de montage - symbole par excellence du 20^e siècle industriel - pour que le travail y soit moins abrutissant, mieux rémunéré, les pertes de matériaux moins grandes, les automobiles de meilleures qualité, tout cela à meilleur coût?

C'est pourtant ce que les Japonais ont réussi à faire et à enseigner au reste du monde. Pour y arriver, il aura fallu que M. Toyota, accompagné de son ingénieur-chef, visite Détroit dans les années 50, se scandalise de la faible productivité de la main-d'oeuvre et décide qu'il fallait absolument démocratiser la chaîne de montage et mieux régulariser l'approvisionnement en matériaux¹⁹. Les effets de ces changements sur la santé n'ont pas été étudiés systématiquement, mais il est vraisem-

MOULIN M., HERSCOVICI A. et GONDARD M., *Dynamiques de l'aide sociale. L'articulation des secteurs formel et informel: étude des dynamiques de l'aide sociale dans le domaine médico-sanitaire*, Bruxelles, septembre 1994, 188 p.

POULET I. et HOUCHON G., *Les nouvelles politiques de prévention: une nouvelle forme d'action publique?*, Bruxelles, juin 1995, 195 p.

Ce rapport de recherche est divisé en deux parties. La première traite des textes organisateurs des politiques et du contexte de leur construction. La deuxième partie du rapport porte sur les traductions locales des dispositifs. Les textes organisateurs des politiques, analysés dans la première partie constituent ici un des contextes de leur traduction par les acteurs locaux des communes choisies comme "terrains" d'observation.

Technologie médicale

Evaluation technologique dans le domaine de la santé (Atelier 3), Conférence: Technologie et société, Bruxelles 9-11-1993, Bruxelles, septembre 1994, 143 p. Le champ de la santé, de la médecine est très vaste et complexe. Il fait appel à des technologies variées: les technologies de l'information, de la communication, les technologies génétiques ou tout simplement les technologies plus traditionnelles comme le stéthoscope.

Le champ de la santé fait aussi appel à des technologies intellectuelles, c.-à-d. celles qui ne se concrétisent pas dans les objets physiques, par exemple les processus d'expérimentation, de diagnostic, de thérapeutique, etc.

Ce volume est un recueil de rapports de recherche qui présentent, sous différents angles, l'évaluation technologique dans le champ de la santé, évaluation multi-critères avec un choix entre critères économiques, techniques ou éthiques. Quatre blocs thématiques ont été définis: les aspects éthiques et juridiques de l'expérimentation médicale et de l'utilisation des données génétiques; les aspects de coûts, formation et les aspects organisationnels dans l'hôpital; le rôle des usagers de la technologie dans le système de soins (les professionnels, les patients et la qualité de vie); les pouvoirs publics et la politique de diffusion des technologies médicales. Les exposés sont tirés de recherches bien précises et sont commentés par des discutants scientifiques, travaillant dans des domaines proches.

Technologie et société: concepts, tendances, Conférence: Technologie et société, Bruxelles 9-11-1993, Bruxelles, septembre 1994, 85 p.

Ce premier volume présente un aperçu de la problématique générale de l'évolution technologique, telle qu'elle s'est développée en Europe et en Belgique. On y trouve différentes contributions qui furent présentées lors de la première journée de la conférence "Technologie et Société":

- un historique des développements internationaux et européens et un état des lieux institutionnel dans le domaine de l'évaluation des technologies;
- une réflexion sur le thème "technologie et démocratie";
- une présentation du terrain belge;
- un panorama des méthodologies développées par les principales institutions de la Belgique;
- un aperçu de la tradition de recherche des Services de Programmation de la Politique scientifique sur les interactions technologie / société.

DELIEGE D., *Politique en matière de technologie médicale: réflexion à propos de la radiologie conventionnelle*, Conférence: Technologie et société, Bruxelles 9-11-1993, in *Evaluation technologique dans le domaine de la santé (Atelier 3)*, Bruxelles, septembre 1994, pp. 117-130

MARCHAND M. et ROGER F., *Financement prospectif des hôpitaux belges: analyse des modalités possibles et estimation des besoins financiers des établissements*, Conférence: Technologie et société, Bruxelles 9-11-1993, in *Evaluation technologique dans le domaine de la santé (Atelier 3)*, Bruxelles, septembre 1994, pp. 111-116

THAYER C., *Cadre conceptuel questions de base pour le TA dans le domaine médical*, Conférence: Technologie et société, Bruxelles 9-11-1993, in *Evaluation technologique dans le domaine de la santé (Atelier 3)*, Bruxelles, septembre 1994, pp. 7-17

Viellissement

BEAUCHESNE M.N., *Esquisse des 60 ans ou plus en Belgique*, in *Ethique des vieillissements*, Bruxelles, mars 1994, pp. 113-157

L'auteur de cette recherche s'était fixé comme objectif de dresser un "profil" des personnes âgées de 60 ans et plus en Belgique. Plusieurs considérations l'ont inspirée, à commencer par la mise

en perspective de quelques grandes caractéristiques sociographiques de cette catégorie de la population.

Dans un deuxième temps, s'est très nettement précisé l'effet de catégorisation sociale à l'oeuvre lorsque l'on parle des "personnes âgées", notre société entendant par ce terme, les personnes chez qui le temps a fait son oeuvre, associant à cette catégorisation une série de clichés qu'il importe de remettre en question.

A l'inverse, la lecture des chapitres qui suivent peut se donner pour fil conducteur celui de l'inégalité des conditions de ceux que rassemble ici la classe d'âge. On constatera alors que l'action sur les conditions socio-historiques est à mettre sur la table des débats dès que l'on s'attache à repérer les dimensions éthiques du vieillissement.

Pour terminer, l'auteur relève, à l'aide de quelques exemples, en quoi la notion d'âge contribue à oblitérer les différences à l'intérieur de la population âgée et, par l'uniformisation, nuit à une juste compréhension de la problématique du vieillissement. Dans ce chapitre, vous trouverez de nombreux tableaux statistiques sur la personne âgée (démographie, consommation médicamenteuse, revenus, pensions...), ainsi que des statistiques concernant le budget familial, la démographie générale, les dépenses par tête d'habitant, les activités liées au travail, le comportement électoral...

BRAU J. et VAN WANSEEELE C., *La recherche d'une éthique des vieillissements*, in *Ethique des vieillissements*, Bruxelles, mars 1994, pp. 91-109

Les auteurs ont comme objectif de contextualiser l'émergence du questionnement éthique au sein d'un paysage politico-administratif belge en pleine restructuration. Au départ d'une enquête empirique, mais largement alimentée de sources écrites, ce texte se propose d'aller à la rencontre d'une méta-éthique, à la fois diffuse et volontiers pressante. Partant de l'analyse, les auteurs explorent les liens qui unissent l'éthique et l'éthos social, les effets de la catégorisation par l'âge et de la négation des vieillissements différentiels. Ils suggèrent l'ouverture d'un débat sur des voies alternatives intégrant une "culture de la vieillesse".

CLOKEUR R., GAUTHIER A., STASSEN J.F., BAWIN LEGROS B. et JACOBS T., *Transferts, flux, réseaux de solidarité entre générations*, Bruxelles, mai 1995, 162 p.

puis lors. L'alimentation de cette base est fondée sur un système de partenariat (depuis sa création, 15 équipes ont participé à son développement). Elle décrit essentiellement des documents relatifs aux thèmes de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé. L'objectif de la base de données DOCTES a été d'emblée axé non seulement sur la constitution d'une documentation scientifique, au sens traditionnel du terme, mais également sur l'intégration, dans une même base de données, de la littérature grise et de la littérature considérée plus généralement comme de vulgarisation, ainsi que sur les matériaux et les supports d'intervention en éducation pour la santé (brochures, dépliants, bandes dessinées...). DOC-SANTÉ quant à elle se caractérise par une orientation plus scientifique.

Depuis 1990, les bases DOC-SANTE et DOCTES sont développées conjointement. L'ensemble compte actuellement 14.000 notices, dont 77,5% pour DOCTES et 22,5% pour DOC-SANTE.

Comment consulter les bases de données Valor?

Les possibilités d'accès sont multiples:

- consultation sur place,
 - au centre de documentation RESOdoc, centre serveur, où elles sont gérées et diffusées;
- consultation à distance:
 - via le réseau Belgacom (modem et actuellement logiciel de communication Carbon copy)
 - via le réseau Internet (nouveau à partir d'avril 1996). L'adresse (URL) vous sera communiquée dès sa mise en fonction;
- publications de QUI-SANTÉ (en préparation):
 - sous forme papier ("Annuaire '96")
 - sous forme disquette (sous Windows).

Outre le matériel requis (PC, ligne téléphonique, modem, etc.), il est absolument nécessaire de bénéficier d'un accès personnalisé aux bases pour pouvoir les interroger. C'est-à-dire recevoir, à votre demande, de RESOdoc: un login et un mot-de-passe (password), ainsi que le Guide de l'utilisateur. Cet accès personnalisé est gratuit et lors de vos premières interrogations vous pourrez demander un accompagnement par téléphone si vous éprouvez des difficultés (au 02/764.56.44).

Combien coûte l'interrogation? Un accès gratuit!

L'interrogation est entièrement gratuite, à RESOdoc ou à distance.

Pour une interrogation à distance, il faut compter le prix de la communication, et éventuellement les frais d'envoi et d'impression des notices, si votre système ne vous permet pas d'imprimer chez vous (le coût de l'impression est de 2 à 5 FB la notice selon qu'elle soit courte ou longue).

Quand les bases sont-elles accessibles?

A distance 24h sur 24.

Sur place, aux heures d'ouverture du Centre de documentation RESOdoc (tous les jours de 12/13h à 17h, les jeudis jusqu'à 19h30), ou sur rendez-vous.

Bibliographie commentée des rapports de recherche sur des programmes financés par les SSTC

Dans DOC-SANTÉ sont répertoriés une cinquantaine de rapports de recherche sur des programmes SSTC. Nous en avons sélectionné 19 parmi les plus récents (1994 et 1995) susceptibles de vous intéresser.

Les références ont été regroupées autour de quatre thèmes principaux: éthique médicale, politique sociale, technologie médicale et vieillissement. Elles sont présentées sous une forme bibliographique parfois avec un résumé. Les notices complètes (voir dans la base de données) reprennent toutes les informations nécessaires à la recherche documentaire.

Tous les documents sont disponibles pour consultation à RESOdoc.

Ethique médicale

BOURGOIGNIES T., FRASELLE N., BERT C. et MOREAU D., *Droits du patient: la protection des droits du patient au regard des évolutions sociales médicales et technologiques*, Bruxelles, avril 1995, 185 p.

La présente étude décrit l'évolution des droits du patient et examine en quoi le droit de la consommation peut apporter des enseignements utiles à cet égard.

Au cours des dernières années, en effet, de nombreuses évolutions sont intervenues tant sur le plan social que sur les plans médical et technique qui ont

modifié le contexte de la relation thérapeutique. L'usage des techniques biomédicales reflète à ce titre un décentrement de l'exercice de la médecine au sein de la relation médecin-patient.

La réflexion engagée procède d'une prise en compte du rôle des divers acteurs qui gravitent autour de la relation ainsi que de son environnement socio-économique et institutionnel (1ère partie). L'analyse juridique s'attache à reconsidérer le statut du patient en évaluant les droits fondamentaux qui lui sont conférés. Il s'agit de préciser davantage la teneur des droits et leur débiteur. Dans le cadre d'une démarche prospective, on conclut par une proposition de Charte belge des droits du Patient (2ème partie).

PALERMINI P., *Protection juridique du citoyen et expérimentation médicale*, Conférence: Technologie et société, Bruxelles 9-11-1993, in *Evaluation technologique dans le domaine de la santé* (Atelier 3), Bruxelles, septembre 1994, p. 19-23

Politique sociale

BELIN E., BOUCHAT T.M., CORNIL P., DELVAUX B., DE VILLE P., LIENARD G. et MOLITOR M., *Le sens au quotidien: recherche avec des jeunes femmes en situation précaire*, Bruxelles, juin 1995, 197 p.

Dans cette étude, on a cherché à dépasser les limites inhérentes aux conceptions les plus largement répandues dans le champ des politiques sociales. L'ambition des auteurs a été d'apporter un nouvel éclairage et de renouveler ainsi le débat sur les orientations des politiques sociales en partant de la manière dont les jeunes femmes peu qualifiées donnent un sens à leur vie. Les auteurs proposent de lire ce rapport de quatre façons différentes:

- comme une description de l'univers subjectif des femmes;
- comme un appel à une réflexion sur la manière dont le lecteur lui-même donne sens à ses implications dans les différentes sphères de vie (interactions entre les questions que se posent les jeunes femmes peu qualifiées et les autres groupes sociaux);
- comme un essai théorique de conceptualisation, cherchant une voie pour permettre une interrogation du réel social à partir des expériences individuelles;
- comme un ensemble de pistes de réorientation des politiques sociales.

blable qu'une culture comme celle du Japon qui a, dans tous les secteurs, rejeté les aspects les plus abjects du Taylorisme et du Fordisme, soit aussi une culture - malgré ses autres travers - qui génère la bonne santé.

S'il a été possible d'éliminer les aspects aliénants de la chaîne de montage, des expérimentations montrent qu'il est aussi possible de renverser l'effet du destin pour ceux et celles qui ont le malheur de naître au bas de l'échelle sociale, et dès lors, qu'on peut atténuer le gradient de santé. Les résultats de certains programmes d'enrichissement préscolaire pour les enfants de milieu défavorisé aux Etats-Unis sont à cet égard saisissants: on a noté chez les enfants qui y ont participé une meilleure scolarisation, de meilleurs emplois, moins de criminalité, moins de grossesses à l'adolescence et moins de toxicomanie, que chez leurs compagnons et compagnes qui n'avaient pas été choisis pour participer à ce programme¹.

De même, les pays qui ont eu des politiques explicites d'ajustement de la main-d'oeuvre aux cycles économiques, comme ceux qui ont manifesté une volonté ferme et soutenue de valoriser l'école en milieu défavorisé de manière à égaliser les chances, sont des pays où le gradient de santé est moins prononcé⁶. Inversement, des pays, comme ceux de l'Est, qui n'ont pas innové socialement et n'ont pu investir dans leur prospérité, ont connu une stagnation, voire une baisse, de l'espérance de vie³.

Les technologies médicales sont ainsi entrées, et probablement pour toujours, dans l'ère du soupçon: le soupçon qu'elles ne sont parfois pas conformes aux valeurs et à la vision du monde de la majorité de la population; et le soupçon qu'elles "volent" des ressources rares à des secteurs qui sont bien plus importants que les soins de santé pour le bien-être de la population.

En matière de santé, avec l'appauvrissement collectif qui est le nôtre et les développements technologiques en médecine, nos sociétés sont confrontées à des dilemmes déchirants. Faut-il continuer à investir toujours plus dans les soins, avec l'espoir que quelques-uns en bénéficieront rapide-

ment? Ou faut-il investir dans des innovations sociales, dont les bénéfices pourront être majeurs pour l'ensemble de la collectivité mais seulement après une ou deux décennies d'expérimentation? Il ne s'agit pas là du débat classique entre le secteur "médical" et le secteur "social", ni entre le "préventif" et le "curatif", mais d'un débat nouveau entre le développement du système de soins et les interventions sur les autres "déterminants" de la santé, entre une politique de soins et une politique de santé.

Marc Renaud, G.R.A.S.P. et Département de Sociologie, Université de Montréal et Institut Canadien de Recherches Avancées, Louise Bouchard, G.R.A.S.P., Université de Montréal

Cet article est reproduit avec l'aimable autorisation de la revue Prévenir, cahiers d'étude et de réflexion édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste, qui l'a publié dans son n° 28 (1995, 37-48). Il est aussi paru, sous une forme légèrement différente, dans Interface (15: 2, mars-avril 1994, 15-25), sous le titre "Expliquer l'inexpliqué: l'environnement social comme facteur clé de la santé". Les auteurs remercient Sophie Malavoy et les membres du Groupe de recherche sur les Aspects sociaux de la Prévention (GRASP) de l'Université de Montréal pour leurs critiques et commentaires.

Adresse des auteurs: 2801, Edouard-Montpetit, suite 162, CP 6128, Succ. Centre Ville Montréal (Québec) H3C 3J7

Bibliographie

- J.R. Beruta-Clement et al, *Changed Lives: the Effects of the Perry Preschool Program on Youths Through Age 19*, The High Scope Press, 1984
- J.C. Caldwell, *Routes to Low Mortality in Poor Country*, *Population and Development Review* 12 (2), Juin 1986, 171-220
- Daedalus: *Journal of the American Academy of Arts and Sciences, Health and Wealth*, automne 1994, 123: 4
- R. Dubos, *L'homme et l'adaptation au milieu*, Payot, Paris, 1973
- R.G. Evans and G.L. Stoddart, *Producing Health, Consuming Health Care.*

Social Science and Medicine 31 (12); 1347-63, 1990

6 R.G. Evans, M.L. Barer et T.R. Marmor, *Why are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, Aldine de Gruyter, 1994 (à paraître en français chez John Libbey Eurotext)

7 R. Karasek, T. Theorell, *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books, 1990

8 T.S. Kuhn, *La structure des révolutions scientifiques*. Flammarion, 1972

9 M. Lalonde, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ottawa: Gouvernement du Canada, 1974

10 M.G. Marmot, *Social inequalities in mortality: the social environment*. In Wilkinson RG (Ed) *Class and Health*. London: Tavistock Publications, 1986: 21-33

11 M.G. Marmot, T. Theorell. *Class and cardiovascular disease: the contribution of work*. *Int J. Health Services*; 18: 659-674, 1988

12 M.G. Marmot et G.D. Smith, *Why are the Japanese Living Longer?* *British Medical Journal*, 299: 1547-51, December 23-30, 1989

13 T. McKeown (1979) *The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis?* Princeton: Princeton University Press

14 J. McKinlay, S. McKinlay, *The Questionable Contribution of Medical Measures to the Decline of Mortality in the Twentieth Century*. *The Milbank Quarterly*, 55: 405-428, 1977

15 K. McPherson, *Variation entre pays des pratiques médicales*, in: O.C.D.E., *Les systèmes de santé à la recherche d'efficacité*, 7: 17-30, 1990 Paris: O.C.D.E

16 R.M. Sapolsky, *Stress in the Wild* *Scientific American*, 116-223, 1990

17 R.S. Sapolsky, *Stress, the Aging Brain, and the Mechanisms of Neuron Death*. Cambridge: The MIT Press, 1992

18 M. Wolfson et al, *Career Earnings and Death, A Longitudinal Analysis of Older Canadian Men*. *Journal of Gerontology*, 48(4): S167-S179

19 J.P. Womack, *The Machine that Changed the World*, Boston, Rawson & Ass, 1990

Valorisation et coordination d'un projet

La Commission Locale de Coordination du Hainaut-Centre couvre les arrondissements de Mons et de Soignies. Elle est gérée par une convention passée depuis le 1er janvier 1991 entre la Province de Hainaut et la FARES, suite à la réglementation de 1988 qui organise le secteur de l'éducation pour la santé en Communauté française.

La C.L.C. dépend de la Province de Hainaut via l'Observatoire de la Santé du Hainaut.

Dès 1985, l'O.S.H., auparavant Institut de Médecine Préventive et Sportive, a mis en place un service d'éducation pour la santé développant des animations en milieu scolaire et des activités de sensibilisation d'adultes sous forme de conférences-débats à thèmes.

Rencontre avec Monique Gosselain, permanente à la Commission Locale de Coordination.

Quelles démarches avez-vous entamées dès votre arrivée à la C.L.C. ?

La permanente que je suis a d'abord dû se former au concept de "promotion de la santé", rencontrer les différents services du secteur et surtout rassembler des documents afin de constituer un centre de documentation, service prioritaire parmi les missions assignées aux C.L.C.

Autre mission de la C.L.C. à développer: créer, à un niveau local, des liens entre des promoteurs de la santé. Cela sous-entend une bonne connaissance des acteurs de terrain afin d'établir des synergies, de susciter des collaborations, de favoriser une concertation entre les intervenants locaux, mais également entre eux et la C.L.C.

Une expérience à nous relater?

Deux moments qui illustrent un cas de figure des rapports entre la C.L.C. et les acteurs de terrain.

Prenons la campagne communautaire de promotion de la vaccination

(Provac) ou le projet local de promotion de la santé du coeur (Promocentre). Pour l'une comme pour l'autre, la C.L.C. a contacté les partenaires locaux potentiels, les a rassemblés, leur a présenté le projet, son contenu, ses objectifs. Elle a assuré la co-animation du projet, espérant que les partenaires se le réapproprient. Dans ces cas précis où les objectifs du projet sont définis par le promoteur, il y a quelques réticences de la part des relais à prendre le train en marche. Ils n'ont pas été impliqués dans toute la négociation et la prise de décision.

La réappropriation est au contraire facilitée lorsque les partenaires définissent les objectifs et les moyens à mettre en oeuvre pour réaliser le projet, lorsqu'ils prennent part à l'évaluation. Dans ce cas, la réalisation du projet prend racine dans la volonté des uns et des autres de mettre en évidence et en conjonction leurs savoirs, leurs savoir-faire.

Votre travail de connaissance du terrain et de reconnaissance réciproque des partenaires potentiels a-t-il permis de mettre sur pied un projet véritablement commun?

Ce projet commun, c'est la présentation d'un stand santé à la foire commerciale de La Louvière. Une action qui, à l'analyse, s'est révélée le vecteur d'une dynamique intéressante tant pour les partenaires que pour le public ciblé.

Pour concevoir le stand, une invitation a été lancée à une quinzaine de partenaires potentiels (mutualités, mouvements associatifs, La Louvière Ville Santé...). Sept d'entre eux ont répondu à l'appel: le CPAS de la Louvière, l'Oeuvre Belge du Cancer locale, Vie Féminine, les Femmes Prévoyantes Socialistes du Centre et de Soignies, la Ligue des Familles, La Louvière Ville Santé et l'Observatoire de la Santé du Hainaut. Ensemble, nous avons conçu un projet

commun négocié et médiatisé de commun accord, dans le souci de lui offrir un éclairage public uniforme.

Des liens se sont tissés entre tous. Climat idéal facilitant la prise de conscience de l'utilité d'un travail intersectoriel et donc pluridisciplinaire.

Cette manière de travailler faisant la part belle aux interactions entre les organisateurs du stand a débouché sur la volonté d'offrir au public ciblé un espace, un stand où il pourrait se manifester et aborder de façon interactive la problématique de la santé (utilisation de logiciels éducatifs sur des thèmes comme le sida, la toxicomanie, l'hygiène dentaire et les boissons sucrées).

Lors de l'évaluation du stand, l'élément facilitateur avancé par les partenaires fut la découverte réciproque dans un climat de confiance permettant à chacun de trouver sa place au sein du groupe et favorisant la mise en commun sympathique de connaissances et d'expériences. Cette activité de partenariat est sous-tendue par l'apprentissage de la négociation et de la décision au sein d'un groupe. Chacun tire de cette expérience des enseignements au niveau de sa pratique quotidienne, en tenant compte des spécificités de l'autre.

J'ajouterai que les partenaires du stand se retrouvent aujourd'hui au sein du Comité Régional de Coordination des actions de promotion de la santé du coeur. Nouvelle mobilisation se manifestant, comme la première, par la multisectorialité des actions menées. Les deux initiatives sont animées par la volonté que le groupe, mobilisant les volontés de manière coordonnée et cohérente, se révèle un outil d'intégration efficace des programmes de santé.

Commission Locale de Coordination du Hainaut-Centre

Projet VALOR

Documentation scientifique et professionnelle... pour tous

L'information à la communauté universitaire, sur l'évolution de la recherche en santé, est un des soucis de l'équipe de documentation de l'Unité RESO-UCL. Cette documentation spécifique n'est pas réservée aux seuls scientifiques; elle peut également s'avérer très utile aux acteurs de terrain, dans le cadre de la réflexion préalable qui nourrit toute préparation d'une action ou une campagne de santé.

Dans cet article, il nous a semblé intéressant de vous informer sur l'évolution du volet documentaire du Projet VALOR (Services fédéraux des Affaires Scientifiques, Techniques et Culturelles, SSTC). Nous vous proposons: un bref historique, une carte de visite du projet (objectif, durée, acteurs), une présentation des résultats à ce jour (bases de données), des éléments pratiques qui vous permettront d'accéder à cette documentation ainsi qu'une bibliographie exemplative de certains documents récents produits par des équipes responsables des différents projets SSTC.

Historique

D'octobre 1990 à septembre 1994, l'Unité d'Education pour la santé RESO-UCL a participé au Point d'appui "Société et Santé" (Projet SOCSAN) en tant que volet documentaire francophone.

Les Points d'appui de la Recherche en Sciences sociales (instaurés par les Services de Programmation de la Politique Scientifique, SPPS) avaient pour mission générale de collecter les données tant statistiques que documentaires dans leur domaine, de les intégrer dans une structure cohérente et de les mettre à la disposition des chercheurs.

La mission du Centre de documentation RESOdoc consistait à développer un système d'information documentaire adressé prioritairement aux chercheurs et favorisant la circulation de cette information entre le monde scientifique et les milieux politiques, administratifs et associatifs. L'équipe de RESOdoc a développé principalement deux bases de données docu-

mentaires: QUI-SANTÉ et DOC-SANTÉ et un service documentaire spécialisé.

Parallèlement, le volet statistique du projet était développé par l'Unité de Socio-économie de la Santé de l'UCL et une collaboration s'établissait avec le volet néerlandophone du projet confié à la VUB.

Afin de réaliser une économie d'énergie et de finances, mais aussi dans un but de cohérence, une série d'accords ont été établis avec d'autres projets développés par RESOdoc en Communauté française de Belgique.

L'évaluation du projet à son terme par les SPPS a été positive et a déterminé sa poursuite. Suite aux modifications institutionnelles de notre pays, les SPPS ont cédé la place aux Services fédéraux des Affaires Scientifiques Techniques et Culturelles (SSTC) qui ont repris la responsabilité des programmes précédents, les modifiant le cas échéant.

Le projet VALOR

Au Point d'appui "Société et Santé" (SOCSAN) a succédé le Programme de valorisation des Banques de données socio-économiques fédérales (VALOR), en septembre 1994.

Son objectif: tester, diffuser et améliorer des systèmes d'information en matière socio-économique, plus particulièrement au sujet de la protection sociale et de la santé publique, tant dans le domaine statistique que documentaire. Il s'inscrit dans la continuation des objectifs du projet précédent.

Sa durée est de 4 ans (sept. 1994- sept. 1998).

Volet statistique: SESA-UCL,
Volet documentaire: RESO-UCL

Partie néerlandophone du projet: Steunpunt Samenleving en Gezondheid-VUB.

Les bases de données documentaires SOCSAN-VALOR

QUI-SANTÉ

Cette base de données décrit les ressources hétérogènes en santé: des services, des compétences, des recherches... Elle contient des informations dans les domaines suivants:

- compétences en santé des administrations fédérales, communautaires et régionales;

- équipes et projets de recherche dans le domaine de la santé publique en général;

- équipes d'acteurs de terrain en promotion de la santé et éducation pour la santé;

- bibliothèques et centres de documentation en santé;

- bases de données documentaires ou statistiques en santé.

QUI-SANTÉ vous aidera, par exemple, à trouver "quelque chose" concernant la prévention des assuétudes. Ce "quelque chose" pourra être un service administratif qui finance des projets de prévention, une équipe de recherche qui étudie l'impact de la dépénalisation des drogues douces sur la population jeune, une bibliothèque ou un centre de documentation, ou les deux, spécialisés dans les drogues et la dépendance... Bref, un "quelque part" où vous trouverez "quelqu'un" pour vous renseigner.

A ce jour: 1.300 références.

QUI-SANTÉ a accueilli l'ancien fichier ANNUAIRE réalisé par RESOdoc (organismes et équipes actifs en éducation pour la santé de la Communauté française de Belgique).

Une nouvelle collaboration a été établie pour cette année 1996, au terme de laquelle le fichier "Adresses" du Centre de Coordination Communautaire (CCC-CFB) et la Base QUI-SANTÉ seront fusionnés.

DOC-SANTÉ

La base de données DOC-SANTÉ comprend des notices bibliographiques qui décrivent des documents sur le thème Société et Santé: conditions et styles de vie, comportements de santé, vieillissement, économie de la santé, environnements socio-économique et socio-culturel, etc.

Fin 95, elle représentait 3.100 notices.

Elle bénéficie d'une collaboration entre 3 équipes: l'Unité d'Education pour la santé (RESO-UCL), l'Unité de Socio-économie de la santé (SESA-UCL) et le Centre des Recherches Interdisciplinaires sur le Vieillessement (CRIV) qui lui fournissent des notices documentaires.

Le Centre de documentation RESOdoc à créé, en 1989, la base de données partagée DOCTES, et la coordonne de-

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

FICHE C.2

Les services

Rem.: il existe plusieurs associations ouvertes aux personnes dépendantes (ou à leurs proches) et organisées autour d'un problème spécifique: alcoolisme (voir fiche C.1), toxicomanie, tabagisme. Leurs coordonnées peuvent être obtenues auprès du Service Promotion de la santé (cf. ci-dessous). L'association présentée ici est davantage "généraliste" et réunit des personnes concernées par la dépendance à des titres divers.

■ **Coordonnées:** Les Groupes du Pélican, rue du Président, 55 - 1050 Bruxelles; tél.: 02/502.08.61; Permanences: en semaine, de 14h30 à 17h30.

■ **Responsable / contact:** Mme Catherine Bradfer.

■ **Publication:** "Le Pélican" (trimestriel).

■ **Autres activités principales:** conférences.

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

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

01/03/96

(au recto : le regard sur problème)

FICHE A.6

Les services

■ **Coordonnées:** 1) Association belge des insuffisants rénaux chroniques (ABIRC), rue des Héros, 16 - 4682 Heure-le Romain; tél.: 041/86.23.89. Nombreuses antennes locales dans la province de Liège;

2) Association des insuffisants rénaux (ADIR), route de Lennik, 808 - 1070 Bruxelles; tél.: 02/555.39.32;

3) Ligue en faveur des insuffisants rénaux (LIR), Jardin Martin V, 69, BP 41/43/75 - 1200 Bruxelles; tél.: 02/764.41.34;

4) Union namuroise des insuffisants rénaux, avenue Albert 1er, 185 - 5000 Namur; tél.: 081/72.66.80.

■ **Responsables et permanences:** 1) M. Henri Vandevort (répondre en cas d'absence);

2) Mme Viviane Druetz (lundi, jeudi, vendredi de 9 à 15 h; mardi et mercredi de 9 à 12h30);

3) M. de Foestraets (mardi et vendredi de 9 à 12 h);

4) B. Poncin (tous les jours de 9 à 17 h).

■ **Publications:** mensuels, bimestriels ou trimestriels, selon les organismes.

■ **Autres activités principales:** sensibilisation au don d'organes; voyages et excursions en groupes; défense des dialysés auprès de diverses instances.

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

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

01/03/96 (au recto : le regard sur problème)

FICHE A.7

Le service

■ **Coordonnées:** Association Syndrome de Willi Prader, rue Homère, 47 - 1070 Bruxelles; tél.: 02/ 523.07.83.

■ **Permanence:** (en fonction des disponibilités).

■ **Responsable / contact:** Mme Mewissen (n° de tél. ci-dessus) ou Mme Haeghens (tél.: 083/21.44.91).

■ **Publication:** "Le Pré-en-Bulle" (semestriel).

■ **Autres activités principales:** diffusion d'informations (notamment des livres et cassettes vidéo sur la maladie); réunions régulières; soutien à la recherche scientifique.

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

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

01/03/96

(au recto : le regard sur problème)

FICHE F.4

Le service

■ **Coordonnées:** Association de parents d'enfants homosexuels, rue Montfort, 30 - 4130 Esneux; tél.: 041/80.34.91;

■ **Permanence:** par téléphone le mardi, de 19h30 à 22 h; accueil le 2e mercredi de chaque mois (sauf juillet-août) au 81, rue Marché au Charbon - 1000 Bruxelles (siège de l'association Tels Quels).

■ **Responsable / contact:** Mme Florence Lambert.

■ **Publication:** -

■ **Autres activités principales:** recueillir et diffuser de l'information pour les enseignants, éducateurs, étudiants...

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

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

01/03/96

(au recto : le regard sur problème)

Initiatives

Et si on se parlait, docteur?

Le projet "Et si on se parlait, docteur?" a été développé en 1993 en Brabant wallon par Infor Santé à la demande de l'Association Chrétienne des Invalides et Handicapés (ACIH) du Brabant wallon, en collaboration avec le Centre d'Education du Patient.

Le thème de la relation entre le patient et son médecin est habituellement traité du côté du soignant, du médecin. Comment former le soignant à l'écoute? Comment exprimer de façon compréhensible le diagnostic, le traitement? Comment faire en sorte que le patient suive le traitement prescrit?

Voilà quelques questions fréquemment abordées.

Ce problème est rarement traité du point de vue du patient. L'originalité de ce projet et du dossier d'animation qui en résulte réside dans l'objectif qui est de sensibiliser la personne, le patient, à son rôle d'acteur dans la gestion de sa relation avec le médecin, dans une démarche d'éducation permanente et d'émancipation du patient.

Nous nous sommes régulièrement heurtés à la difficulté d'aborder ce thème sous cet angle. Notre cheminement nous permet aujourd'hui de vous présenter le résultat de notre expérimentation et de l'évaluation qui en a été faite. Cette évaluation nous a permis d'adapter le projet initial en tenant compte de l'avis des participants, des animatrices, et de médecins que nous avons contactés.

Pourquoi ce projet?

Ce projet est né du souhait de deux responsables de sections locales de l'ACIH, Josée Defays et Jeanne Saint Ghislain, d'aborder le thème de la relation patient-médecin lors de leurs réunions mensuelles. Elles "sentaient" que ce thème posait problème auprès des membres de l'association: les personnes avaient l'impression d'être perdues face à leur médecin parce qu'elles ne comprenaient pas certains termes; elles étaient passives et n'osaient pas interpellier leur médecin qui est comme un "dieu" qui détient le savoir et ne se trompe jamais. Les animatrices souhaitaient changer ces perceptions et faire en sorte que les participants



n'aient pas peur d'avoir une relation d'égal à égal avec leur médecin, d'être acteurs de leur santé.

Une enquête préalable a pu mettre en évidence les préoccupations et les questions du public à ce sujet et concrétiser le projet.

Le public cible

Le public ACIH pour lequel a été conçue cette campagne est un public essentiellement féminin (77,5% du public) dont la moyenne d'âge est de 65 ans. La plupart des personnes sont retraitées ou sans activité professionnelle (handicapé, invalide...). 3/4 du public n'ont pas dépassé le niveau secondaire inférieur. Ce public est, en général, gros consommateur de soins de santé: près de la moitié des personnes qui ont participé aux animations ont dit faire appel au médecin traitant plus d'une fois par mois.

L'histoire du projet

Ce projet s'est déroulé sur une période de trois ans pour aboutir en 1995 au dossier d'animation actuel.

Une enquête préalable a permis de préciser les attentes des participants vis-à-vis de leur médecin. Ce public demande au médecin de la disponibilité, de l'écoute et de la compréhension, un bon diagnostic et enfin, la possibilité de négocier le traitement. Voici quelques questions qui sous-tendent ces quatre aspects.

La disponibilité

Que recouvre cette notion pour le patient et le médecin? Y a-t-il concordance? La notion d'urgence est-elle perçue

de la même manière par le patient et le médecin?

Comment faire venir le médecin à bon escient?

Selon les différents types de problèmes, à qui s'adresser? Quand? Comment expliquer? Que dire au médecin lorsqu'on l'appelle? Que faut-il mettre en évidence pour qu'il puisse se faire une idée la plus claire possible de l'urgence de la demande?

L'écoute et la compréhension

Comment faire comprendre au médecin ce qu'on attend? Comment le relancer pour instaurer un dialogue?

Est-il possible de mettre en place une stratégie qui permette au patient de questionner le médecin. Mais qu'en fera le médecin?

Un bon diagnostic

Comment aider le médecin à poser un diagnostic correct? Comment participer?

Le patient doit élargir le champ des informations qu'il transmet à son médecin, aux aspects psychologiques, sociaux et même d'autres aspects physiques qu'il pourrait oublier tels que les allergies, les maladies précédentes,...

Sont aussi importantes les informations concernant ce que le patient a fait avant l'appel, la consultation (éventuelle automédication, examen déjà réalisé,...), les expériences antérieures et actuelles (comment il a vécu ce type de problème, ce qu'il vit maintenant, comment il se positionne par rapport à cela,...).

La possibilité de négocier le traitement

Que doit savoir le patient pour négocier le traitement, pour que la confiance mutuelle puisse être garantie? Quels sont les éléments (physiques, psychologiques, financiers,...) qui interviennent dans le choix du traitement?

Comment préparer une possibilité de négociation?

Comment réagir quand on pense qu'un traitement ne convient pas?

Les objectifs du projet

Le modèle théorique de référence que nous avons utilisé est celui du modèle fonctionnel de la relation médecin-malade en trois types décrit par Thomas Szasz et Marc Hollender (1956)¹.

Il s'agit en fait d'une conception de la relation médecin-malade principalement selon un axe d'activité-passivité entre les deux protagonistes et les trois types qu'ils ont décrits sont trois rapports différents entre les deux intervenants selon ces axes: activité - passivité, direction - coopération, participation mutuelle.

L'objectif de santé

Les participants aux animations seront sensibilisés à leur rôle d'acteurs dans la gestion de la relation avec leur médecin et à l'utilisation rationnelle des soins de santé.

Les objectifs éducatifs

Les animations devraient permettre aux participants de répondre aux questions suivantes:

- comment est-ce que je me représente la relation patient-médecin?
- comment est-ce que je me situe dans cette relation?
- quels sont les facteurs qui favorisent ou qui empêchent ma participation, mon rôle d'acteur dans la relation avec mon médecin?
- qu'est-ce que je pourrais faire pour favoriser le diagnostic, négocier le traitement, améliorer ce que je vis?

Il s'agit de :

1. sensibiliser les participants à leurs représentations concernant leur relation avec le médecin;
2. dégager les comportements (verbaux et non verbaux) qui freinent ou favorisent la participation du patient.

Certains moments spécifiques sont plus particulièrement abordés:

- la préparation de la rencontre avec son médecin,
- la négociation du traitement,
- le suivi du traitement et l'observation des effets pour en faire part au médecin,
- le suivi des démarches administratives liées aux soins.

Un module d'animation

Sur base des attentes et questions des participants, un programme d'animation a été élaboré. Chaque animation a fait l'objet d'une démarche particulière, à savoir:

1. l'élaboration des objectifs, du contenu et de la méthodologie de l'animation avec les partenaires-ressources et les animatrices,
2. le prétest de l'animation auprès des responsables des sections locales lors de réunions mensuelles de formation,
3. l'adaptation de l'animation en fonction des réactions des responsables des sections locales,
4. la présentation de l'animation aux membres des sections locales.

Le module d'animation est construit sous forme de cinq séances de deux heures chacune. Cette structure en cinq animations est une proposition parmi d'autres. Nous pensons cependant qu'il faut plusieurs séances pour que les objectifs déterminés puissent être atteints. Les participants doivent avoir le temps de cheminer pour que des changements puissent s'opérer.

Le module d'animation comprend 5 séances suivies d'une rencontre pour l'évaluation.

Première séance: comment est-ce que je me représente mon médecin?

Deuxième séance: quel est mon vécu de la relation avec mon médecin traitant?

Troisième séance: comment préparer ma rencontre avec mon médecin?

Quatrième séance: comment favoriser le diagnostic et négocier le traitement?

Cinquième séance: comment gérer l'après-rencontre avec mon médecin? Quelles sont les démarches administratives liées aux soins de santé?

En outre, une rencontre d'évaluation est prévue.

Les moyens pédagogiques utilisés sont la discussion, l'échange, les jeux de rôles et la remise de fiches d'information.

L'évaluation

A l'issue de la réalisation du module d'animation, une évaluation a été faite

avec l'aide du Centre d'Education du Patient. Celle-ci comportait:

- une enquête auprès des participants aux animations et d'un groupe "témoin" (des groupes locaux de l'ACIH Namur n'ayant pas bénéficié des animations);
- une interview des animatrices;
- une évaluation par quelques médecins des fiches destinées aux participants.

Ces différents modes d'évaluation nous ont apporté de nombreuses informations. Voici l'essentiel que nous pouvons en retenir.

1. Deux personnes sur trois sont satisfaites des animations: elles ont trouvé les animations utiles, intéressantes, vivantes.
2. Les changements les plus marquants sont le fait de poser plus de questions au médecin, d'utiliser un carnet de santé et le fait de mieux préparer la venue du médecin.
3. Lorsqu'on analyse de façon plus approfondie la question du suivi du traite-

Les partenaires du projet

L'ACIH:

mouvement d'éducation permanente visant l'intégration sociale des personnes invalides et handicapées. Apport: initiative du projet, animation, public.

Infor Santé Brabant Wallon:

service d'éducation à la santé. Apport: soutien logistique, documentation, animation, réalisation d'outils pédagogiques.

Infor Santé ANMC:

service d'éducation à la santé. Apport: soutien logistique, documentation, encadrement du projet, réalisation d'outils pédagogiques.

Centre d'Education du Patient:

service agréé par la Communauté française dont le but est l'amélioration de l'information-santé du patient. Apport: accompagnement méthodologique, évaluation, encadrement du projet.

Les fiches du self-help

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

SÉRIE A - FICHE 6

Insuffisance rénale

Regard sur le problème

Les relevés officiels font état d'environ 5.000 personnes traitées par dialyse rénale en Belgique. Le nombre des "insuffisants rénaux", quant à lui, est plus important mais plus difficile à estimer avec précision. Etre insuffisant rénal, cela signifie que les reins n'assurent plus, ou fort mal, leurs fonctions essentielles d'élimination de déchets et de maintien de l'organisme en équilibre. Une fois le mal identifié, on tente tout d'abord d'endiguer la détérioration au moyen de médicaments et de régimes alimentaires spéciaux. Lorsque la fonction rénale est réduite à 5%, l'hémodialyse s'impose (le sang doit alors être épuré, au niveau d'un rein artificiel, par un système de circulation extra-corporelle). Durant trois séances hebdomadaires de quatre heures chacune, le patient doit subir cette épreuve aussi vitale qu'astreignante. Cela bouleverse évidemment tout le rythme de la vie personnelle, professionnelle et familiale. Lorsqu'il n'existe pas de contre-indications médicales, il est parfois possible de subir une greffe rénale, dont on escompte un retour vers une vie plus normale. Mais ici aussi les problèmes pratiques et émotionnels sont nombreux (comment vivre l'attente de l'organe "compatible"? comment affronter l'angoisse du rejet post-opératoire?...). Des associations de malades, actives pour certaines depuis plus de vingt ans, offrent aide et soutien moral, administratif, pratique à toute personne confrontée à cette délicate réalité.

(au verso : les services)

SÉRIE C - FICHE 2

Dépendances

Regard sur le problème

Un phénomène de dépendance, d'attachement irrésistible à des comportements répétitifs aux retombées néfastes, peut s'observer dans beaucoup de domaines: la consommation de produits potentiellement toxiques (alcool, médicaments, drogues...); les jeux d'argent; la prise de risque ou la violence démesurée; l'attachement obnubilant et (auto-) destructeur à une personne, une idée fixe, un travail, etc. Les rouages de telles pulsions ne sont pas simples à cerner et encore moins à maîtriser. Passion et douleur, apaisement et combat intérieur, fuite et refuge s'entremêlent souvent dans ces destinées marquées par la perte de contrôle de soi, la négation de toute limite. Mais il arrive qu'à un certain moment, un écoeurement, un sursaut pousse à décider d'en sortir à tout prix. Il est parfois bien utile alors de s'adresser à un professionnel de l'aide psychologique. Parallèlement, alors que les relations avec le milieu sont souvent gravement détériorées, il peut être soutenant de retrouver des inconnus fraternels... Mais comment se livrer, avouer ses défaillances, alors qu'il est tellement recommandé d'être solide, performant? Des lieux existent, en tout cas, où l'on peut venir partager librement, anonymement, son expérience de vie et ses angoisses avec des gens passés par des drames similaires. Depuis 1976, "Les Groupes du Pélican" sont une de ces formules péri-thérapeutiques qui tentent de restaurer chez la personne meurtrie le sentiment qu'elle est aussi un être de dignité.

(au verso : les services)

SÉRIE F - FICHE 4

Parents d'enfants homosexuels

Regard sur le problème

L'homosexualité a été officiellement rayée de la liste de "désordres mentaux, déviations sexuelles et maladies" par les grands organismes internationaux et par les associations psychiatriques les plus en vue. Les tabous et les gênes ne sont pas aisément surmontés pour autant. Pour les familles et les proches notamment, tout comme pour le jeune homosexuel lui-même, c'est un long voyage au travers de la communication qui fera que l'élément de différence sera mieux compris et peut-être accepté. Découvrir l'homosexualité de son fils ou de sa fille provoque en général surprise, culpabilisation, craintes diverses. L'angoisse du parent pour l'avenir rend la situation lourde. Son enfant va-t-il trouver du travail? Quel milieu va-t-il fréquenter?... Chez beaucoup, tout cela est vécu comme un drame; le mutisme, le rejet sont alors, hélas, monnaie courante. Pour ceux en particulier qui se sentent très seuls et tourmentés face à une telle situation, s'est créé un groupe de parents d'enfants homosexuels. A travers témoignages, écoute, informations, respect de l'anonymat, dédramatisation, on peut y être aidé à faire le deuil de l'enfant rêvé pour accepter l'enfant réel. On peut ramener une certaine sérénité dans la relation familiale aussi, et faire voir que les embarras ne sont pas tous du côté parental: si le parcours de l'enfant se rendant compte de sa particularité est déjà ardu, l'annonce à ses parents est également une épreuve angoissante, dont la réussite marquera son bien-être à venir.

(au verso : les services)

SÉRIE A - FICHE 7

Syndrome de Willi Prader

Regard sur le problème

Baptisé en 1956 du nom de deux pédiatres suisses, le Syndrome de Willi Prader est une maladie rare, complexe, liée probablement à une anomalie génétique et touchant un enfant sur 15.000. Le diagnostic précoce, si difficile soit-il à poser, facilite l'apprentissage de ces enfants. En effet, la maladie se manifeste dès la naissance, par des difficultés de succion et de déglutition lorsque l'on met le bébé au sein et par une hypotonie (diminution de la tonicité musculaire) très déroutante pour les parents; l'enfant "tout mou" n'aura pas ou peu de réflexe. Ces signes vont disparaître peu à peu pour faire place à d'autres, plus difficiles à maîtriser, tels que le comportement alimentaire ou psychologique perturbé, le retard mental... Avec l'avance en âge, ces symptômes persistent et viennent s'ajouter des problèmes tels que l'obésité si aucun régime alimentaire strict n'est suivi à temps (ex: certains sujets de 5 ans présentent un poids de 47 kg; à 8 ans de 110 kg), l'hypogonadisme, des troubles de la croissance et du langage, scoliose, syndrome de Pica (manger n'importe quoi sans distinction), syndrome de Pickwick (troubles respiratoires, apnées)... Etant trop éveillés pour vivre avec des handicapés mentaux et pas assez aux yeux des structures pour handicapés physiques, ces enfants sont souvent "ballottés" d'organismes en institutions sans trouver chaussure à leurs pieds. En 1993, quelques familles ont décidé d'unir leurs efforts et de créer l'association Syndrome Willi Prader, pour aider et accompagner les enfants concernés et leurs familles.

(au verso : le service)

Un concours

Un concours sur le thème de la santé a été organisé.

Il a été demandé aux élèves de 5e et 6e primaires de réaliser un dessin et aux élèves de 1ère et 2e secondaire d'inventer un slogan sur cette thématique. Le dessin et le slogan vainqueurs serviront de maquette à notre campagne publicitaire. L'ensemble des réalisations sera exposé lors de la visite au Centr'expo dans un stand prévu à cet effet.

Pour les 50 ans et plus

Le mercredi 8 mai dès 14h00, les personnes de plus de 50 ans sont les invitées d'honneur de la campagne.

En effet, les facteurs de risque augmentent avec l'âge, c'est pourquoi afin d'obtenir une prévention optimale, il importe de toucher ce public spécifique. Diverses informations et activités seront proposées aux seniors.

L'accent sera donc mis au travers d'animations sur le sport et plus spécialement sur la gymnastique pour le 3e âge. L'aspect médical sera également souligné avec des thèmes comme l'automédication et les médicaments génériques.

La mémoire est une activité biologique et psychique qui régit notre vie toute entière. Un module sur ce thème sera proposé. Ces informations seront suivies d'un divertissement musical et d'une tombola.

Pour les adultes

Le samedi 11 mai, ouverture au public.

Ce jour-là, toute personne intéressée pourra venir visiter et participer aux animations mises en place:

- L'incontournable petit déjeuner équilibré organisé le samedi matin de 08h00 à 10h30, préparé en famille dans la bonne humeur.

- Visite du "parcours santé". Dans un esprit de continuité, afin de relier l'axe sportif et détente à la campagne santé, un jeu santé sera organisé ainsi qu'un circuit agrémenté d'engins en bois permettant des exercices physiques.

- Dès 14h00, une animation théâtrale pour petits et grands sera mise en scène au Centr'Expo.

- A 16h00, conférence donnée par le Docteur Deuceninck, cardiologue au centre hospitalier mouscronnois, à l'intention des parents, enseignants, éducateurs, médecins, infirmières,...

Nous espérons vous voir nombreux chez nous du 6 au 11 mai prochain!

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez contacter Mmes Huyghebaert ou Pillot au Conseil de prévention, Grand' place 1 - parking Métropole - Tél: 056/34.00.61, poste 260.

Chantal Maresceaux-Leman,
Echevin de la Santé ■

ment, on se rend compte de l'influence déterminante de la qualité de la relation, et plus spécifiquement de l'influence positive que peut avoir le sentiment du patient d'être compris par son médecin, le fait que le médecin utilise des mots compréhensibles (et donc qu'il se mette à la portée du patient), le fait que médecin et patient parlent d'autre chose que de santé physique. Cela signifie que:

- plus les personnes se sentent comprises, plus elles ont tendance à suivre très bien leur traitement;

- lorsque le médecin utilise toujours des mots compréhensibles, le patient a plus tendance à dire qu'il suit très bien le traitement;

Campagne de sensibilisation à l'ostéoporose

L'ostéoporose se caractérise par une diminution de la masse osseuse et de la résistance mécanique de l'os, ce qui a pour conséquence d'augmenter le risque de fractures et de douleurs, aiguës ou chroniques.

En 1994, le Belgian Bone Club (asbl regroupant différents centres de recherche belges qui se consacrent à l'étude des os) avait organisé une première campagne nationale de prévention de l'ostéoporose.

Vu le succès remporté par cette opération, il a décidé de remettre le couvert cette année et de s'adresser aux femmes pour attirer leur attention sur les stratégies préventives et curatives qu'offre la médecine face aux conséquences néfastes de l'ostéoporose.

Le message de cette campagne est clair: "Une femme sur trois sera atteinte d'ostéoporose; pourtant, vous pouvez combattre cette maladie des os. Parlez-en à votre médecin."

Des affiches et des brochures à destination du grand public sont diffusées en collaboration avec l'Association des Pharmaciens de Belgique, les Administrations communales, les bus, les bureaux de poste, les centres de la Croix-Rouge, les mutuelles, les associations de femmes et certaines banques.

Des conférences gratuites pour le grand public sont également organi-

- quand médecin et patient parlent d'autre chose que de la santé, le patient a plus tendance à suivre bien ou très bien le traitement.

D'où l'importance de renforcer les comportements du patient qui favorisent ces comportements du médecin.

Des perspectives

Cette évaluation nous a permis de réajuster les objectifs ainsi que les contenus des animations; le tout est disponible dans un dossier d'animation.

Nous aimerions maintenant que ce module puisse être utilisé et testé auprès d'autres mouvements, d'autres publics. Si cela vous intéresse...

Bernadette Taeymans, Infor Santé ANMC, Eric Jauniaux, Infor Santé Brabant wallon, Anne Malice et Marie-Madeleine Leurquin, Centre d'Education du Patient.

Pour obtenir le dossier d'animation ou pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à l'une des personnes suivantes:

Eric Jauniaux, Infor Santé Caritas, 54 bd des Archers, 1400 Nivelles, Tél.:067/21.21.21.

Bernadette Taeymans, Infor Santé ANMC, 121 rue de la Loi, 1040 Bruxelles, Tél.:02/237.48.52.

(1) "Education pour la santé; concepts, enjeux, planifications" de J.A. Bury, Ed. De Boeck, Collection Savoirs & Santé, 1988.

VII^e Journée scientifique du RESO-UCL

Promotion de la santé et santé du public: vers de nouveaux enjeux?

Les précédentes journées scientifiques du RESO étaient centrées sur l'acte éducatif, sur l'éducateur en tant qu'acteur et formateur. Cette année, c'est aux nouvelles évolutions porteuses de défis, de conflits et d'améliorations dans le domaine de l'éducation pour la santé que sera consacrée cette manifestation.

Comment ces développements se concrétisent-ils dans la pratique? Pour les éducateurs pour la santé, éducateurs du patient et autres professionnels de la santé, quelles sont les nouvelles orientations d'actions? Quels sont les liens avec les précédentes, quelles complémentarités, oppositions et limites présentent-elles tant du point de vue de l'éthique, des disciplines concernées que des contenus?

Samedi 11 Mai 1996, de 9h00 à 16h30

Lieu: Pavillon des Conférences, Clos Chapelle-aux-Champs 19
Ecole de Santé Publique UCL - Woluwé St Lambert

■ 8h30 Accueil des participants

■ 9h15 Introduction: (Prof. A. Deccache, RESO)

■ 9h45 Colloque 1: Intervention, politique et éthiques en éducation pour la santé

Modérateur: M.B. Morelle (Institut de Pathologie et de Génétique, Gerpennes)

Intervenants: Dr R. Lonfils (Ministère de la Communauté française de Belgique), M. B. Larrose (C.R.A.E.S Bordeaux), M. R. Léon (RESO), M. P. Ph. Meremans (RESO), Prof. X. Leroy (SESA, UCL), M. JP Cobbaut (EBIM, UCL), M. R. Abaa (Maison de la Santé).

Colloque 2: Promotion de la santé du patient

Modérateur: Prof. A. Deccache (RESO)

Intervenants: M. Meijer (Utrecht), Mme F. Noskowicz (Diététicienne en pratique privée), Mme M. Moussier (Le Balcon de Cerdagne), M. C. Renard (RESO), Dr. J. Laperche (Maison Médicale, Barvaux), Dr. Ch. Uldry (C.H. Lausanne), Mme J. Collin (Cliniques Universitaires de Mont-Godinne).

Colloque 3: Besoin d'information(s) en promotion de la santé

Modérateur: M. P. Campagna (RESO)

Intervenants: Prof. D. Piette (Promes, ULB), Mme T. Bertrand (RESO), Mme M. Spitaels (CCC Bruxelles), M. M. Andrien (CERES, ULG), M. C. De Bock (Infor Santé A.N.M.C.), Dr. J. Coulon (Question Santé), M. P. Baruani (RESO).

■ 14h00: Lunch-rencontre et exposition documentaire

P.A.F.: 1.000 FB. Inscription avant le 30/04/96. Les inscriptions sont valides après paiement au compte n° 310-0644949-29, avec mention JS96 + NOM + N° du Colloque choisi (C1, C2 ou C3).

Pour tous renseignements, Madame Joris, au 02/764.50.70.



Ostéoporose, une brochure

La brochure proposée par le Belgian Bone Club présente de façon claire et précise l'ostéoporose, ses facteurs de risque, les techniques de dépistage et le traitement au moment de la ménopause. Les traitements hormonaux y sont largement présentés mais les auteurs n'oublient pas de promouvoir une activité physique régulière pour garantir la résistance du squelette.

Cette brochure de 16 pages peut être obtenue en téléphonant au numéro universel gratuit, le 070/233 048.

sées par des membres du Belgian Bone Club.

Un numéro universel gratuit, le 070/233 048, accessible jusqu'au

1/6/96, permet au public d'obtenir une documentation complète sur l'ostéoporose et sur ses traitements préventifs et curatifs.

La Cité des enfants

Quand l'école s'interroge sur l'alimentation dans l'institution

Houffalize, sacrée bientôt cité des enfants, a accueilli en octobre 95 directeurs d'écoles et infirmières scolaires à un colloque sur l'alimentation. Ce colloque était une initiative de l'association AIDE (Association Interrégionale des Directions d'Écoles). Pour mettre en oeuvre cette journée, AIDE a collaboré avec Question Santé et la commune d'Houffalize.

La journée a démarré par un petit déjeuner (malin, évidemment!) pour se poursuivre par des exposés destinés à sensibiliser et motiver les intervenants scolaires à la problématique de l'alimentation. Une problématique qui ne se cantonne pas à une affaire familiale et privée si l'on en juge par les questions traitées: effets de la non prise d'un petit déjeuner sur la concentration de l'enfant, inadaptation des biorhythmes aux rythmes scolaires, environnement de l'enfant lors de ses repas à l'école, utilité d'un matériel mis à disposition (frigos, fontaines d'eau, robinets...), qualité des repas chauds, éducation au goût à intégrer dans les différents cours... Beaucoup de points, du très pratique au plus théorique ont été débattus lors de cette journée.

Les dysharmonies de l'écolier

Le Docteur Brasseur, pédiatre à l'unité de Nutrition-Diététique de l'Hôpital Universitaire Des Enfants "Reine Fabiola", a longuement développé l'alimentation et les bio-rythmes de l'enfant.

Les rythmes biologiques de l'alimentation ne s'avèrent pas toujours bien connus du grand public. C'est surtout l'observation du comportement qui peut donner quelques clés d'explication. L'état de vigilance est lié et étroitement décalé par rapport à la courbe de température corporelle. Les sécrétions hormonales, diurnes et nocturnes suivent une séquence définie et logique qui permet à l'organisme de mobiliser le jour l'énergie stockée la

nuit. De véritables horloges biologiques qu'il est donc difficile de modifier.

D'autres besoins corporels (faim, fatigue) subissent aussi l'influence d'horloges innées, mais beaucoup moins "puissantes". Ces donneuses de temps enregistrent davantage les impacts de la vie sociale et aident l'être humain à rester en phase avec son environnement. En d'autres termes, si rythmes de base et donneurs de temps sont décalés et donnent des ordres contradictoires, les pendules ne sont plus à l'heure.

L'écolier est l'exemple type de cette dysharmonie. Il s'attelle le soir à faire des devoirs à l'heure où la nature lui conseille d'aller dormir. Il se lève à une heure où les hormones ont déjà mobilisé ses muscles en vue de s'adonner à l'activité mais son cerveau est encore endormi. Il arrive le ventre creux à l'école alors que son corps et son esprit réclament les calories nécessaires à l'activité de la mi-journée. On sollicite son attention l'après-midi au plus profond du relâchement et de la détente musculaire Et on le renvoie chez lui (où il regarde très souvent la télévision) aux heures où ses performances physiques lui permettraient de battre des records.

Dans ce contexte, l'alimentation ne demande qu'à trouver sa place. Elle ne peut et ne va en rien façonner les rythmes du jour et de la nuit. Une mise en forme correcte demande que l'enfant prenne un petit déjeuner costaud le matin, se détende ou se repose après le repas de midi et pas de treize heures, profite de ses aptitudes physiques de fin de journée pour bouger, se dépenser et n'oublie pas de préparer par un souper correct la nuit qui va stocker de l'énergie pour lui permettre tôt le matin de bien repartir, s'il n'a pas omis du moins la "bonne" heure du coucher.

On ne peut évaluer facilement l'impact des repas sur les performances intellectuelles de l'enfant. Trop de facteurs interfèrent ici. Mais on s'accorde à dire qu'il existe pour tous, sous une forme plus ou moins prononcée, un

temps de relâchement musculaire et de relaxation cérébrale, 1 à 2 heures après le repas. En d'autres termes survient un besoin impérieux de prendre un moment de repos. Le cerveau se "ferme" à la réceptivité nécessaire à l'apprentissage et le muscle endormi se refuse à l'effort. A ce moment aussi les sens ne sont plus en éveil, qu'il s'agisse du goût ou de l'odorat.

Apprendre à manger équilibré et à savourer

On remarque aussi que le taux de réussite à divers tests de performances intellectuelles de l'enfant est sous l'influence de l'abondance et de la qualité des repas. Manger trop quand on n'a pas l'habitude, non seulement indispose mais handicape la clairvoyance du cerveau. Manger mal semble exercer le même effet; gare aux collations quasi exclusivement sucrées ou trop grasses. C'est un repas "ordinaire", c'est-à-dire équilibré entre protéines, glucides et lipides qui favorise le mieux la forme intellectuelle.

Michèle Guillaume, diététicienne, a ensuite précisé le rôle et l'apport des nutriments dans l'alimentation de l'enfant. Petit déjeuner espagnol, petit déjeuner suédois et petit déjeuner d'autres pays n'ont désormais plus de secret pour les participants. Et enfin, bonne nouvelle, le petit déjeuner à la belge, (pain, fromage, confiture, jus de fruit) comparé à celui de nos voisins, est tout à fait valable.

Annick Masson, de l'Institut Meurice, fit l'éloge de l'éducation à l'hédonisme ou plus précisément de l'éducation au goût. L'école peut aussi apporter ce bagage à l'enfant, via les cours de mathématiques, de science, d'environnement. Dans cet apprentissage, Annick Masson insiste sur l'importance de la lecture des étiquettes, sa pleine compréhension (au niveau gustatif comme intellectuel): discerner la technique (lait pasteurisé ou stérilisé), l'origine (lait de soja, lait de vache, de chèvre)... Par divers exemples, elle démontra la prédominance du visuel dans le choix des aliments et leur identification.

avec des enfants handicapés. Les attentes concernent également des outils pour l'enseignement spécial, outils pour la prévention sida notamment à destination du public des personnes handicapées mentales, demande de listes d'outils.

Les répondants souhaitent disposer d'un centre de documentation spécifique, d'un répertoire ou fichier concernant notamment les services d'aide et d'encadrement des personnes handicapées, les personnes-ressources. Ils désirent l'organisation de séminaires ou lieux d'échange à propos des supports éducatifs dans le domaine de la promotion de la santé et à propos des méthodologies.

Mouscron en santé

La santé d'une ville et de ses citoyens est en étroite relation avec un certain nombre de facteurs propres aux personnes. Mais la santé dépend avant tout du niveau de vie et du genre de vie des individus influencés étroitement par l'industrie, par des facteurs socio-économiques, par l'éducation et l'environnement.

L'intrication étroite entre santé et environnement doit être prise en considération dans les programmes de prévention.

Dans l'idée de développer un programme global de promotion de la santé, la Ville de Mouscron via son Echevinat de la Santé et le Conseil de Prévention a introduit une demande dans le cadre de l'"Objectif 1 Hainaut" afin que Mouscron soit reconnue "Ville de Santé".

Un avis favorable du Comité de Pilotage Scientifique présidé par M. Dupont a été donné. Dès lors, des projets de prévention de quatre grandes pathologies, la tuberculose, les maladies cardio-vasculaires, la cirrhose du foie et le cancer du col de l'utérus seront réalisés afin d'améliorer le sort individuel des populations concernées et de peser sur le coût économique et social.

Une campagne santé du 6 au 11 mai 1996 au Centr'Expo

Le champ d'action vise tous les élèves de l'enseignement primaire, secondaire et supérieur de Mouscron et environs, mais aussi les enseignants, les parents, les personnes de 50 ans et plus et les professionnels de la santé.

Les collaborations envisagées prennent la forme de participations ponctuelles à des projets aux sujets précis comme la problématique de la relation entre patient handicapé et médecin, le tabagisme en institution sous forme de rencontres, réflexions, groupes de travail, participation à des comités de projets... Les services souhaitent la communication d'informations sur les outils, revues, brochures, personnes ressources. Ils désirent que l'on arrive à une complémentarité dans les interventions.

Les collaborations souhaitées

A long terme, plusieurs propositions de collaboration émergent des réponses et

Animation

Divers stands d'animation seront présentés au travers desquels l'accent sera mis sur la prévention et l'éducation à la santé.

1. Stand de la Commission locale d'éducation à la santé + PMS et IMS: jeux éducatifs et documentation sur divers thèmes "santé".
2. Stand de l'école St-Charles: animation d'un jeu.
3. Stand des A.A. + ALANON: visualisation d'une cassette sur le thème de l'alcoolisme et débat.
4. Stand des Femmes Prévoyantes Socialistes: module d'animation sur le thème des maladies cardio-vasculaires + dossier pédagogique + dias + brochure.
5. Stand du Sidaction: animation vidéo + jeu "Tom et Lucie".
6. Stand de l'Association Contre le Cancer: venue de l'infomobile (test sur ordinateur) + exposition concernant la protection contre le soleil, visualisation de cassettes et animation sur le tabac et l'alimentation.
7. Stand de l'Institut Le Tremplin: fabrication de cocktails non-alcoolisés accompagnés de plateaux de hors d'oeuvres.
8. Stand de l'Observatoire de Santé: car d'exposition interactive accompagné d'un dossier pédagogique + exposition de photos + animation sur le thème du sport.
9. Stand de Jeunesse et Santé: fabrication de recettes pour enfants, jeu sur le thème du tabac, distribution du matériel

et

sont relativement diverses: développement du programme "hygiène de vie sans tabac" auprès des institutions; élaboration de documents destinés aux parents et aux enfants comprenant la thématique du handicap; sensibilisation des demandeurs "potentiels" aux problématiques présentes, information sur ce qui est réalisé, publication de données, mise en place d'une documentation spécifique, d'outils didactiques...

Dr J. Delville-Mercier, Prof. M. Mercier, Handicap & Santé

Handicap & Santé, rue de Bruxelles 61, 5000 Namur. Tél.: 081/72.44.30. Fax: 081/72.44.31. ■

d'information "starting bloqué" pour les examens.

10. Stand de la FARES: éducation à la santé sur le thème de la tuberculose.
11. Stand de Vie Féminine: documentation explicative des activités proposées dans leur institution.
12. Stand du Conseil de Prévention: activités sur le thème de la prévention.
13. Stand d'associations caritatives (Médecins sans Frontières, Cliniclowns,...): information + documentation.
14. Stand La Prairie: ouverture sur la nature et les coins verts.

Mais aussi:

- Un jeu interactif sur les assuétudes (Lille).
- La SIMALC: outil pédagogique de prévention du risque alcool.
- "L'autre cirque": roulotte d'animation sur la prévention des accidents sportifs.
- Au niveau alcool et drogues: matériel fourni par la gendarmerie sur les risques d'abus d'alcool et de drogues.
- L'exposition "La santé en affiches" de l'asbl Question Santé en collaboration avec le CARHOP, avec le soutien du service de l'Education permanente, Direction générale de la culture et de la communication de la Communauté française de Belgique.
- Une exposition intitulée "Gourmand Livre", pour les plus petits.
- Un jeu sur les dangers domestiques (O.N.E).

Handicap & Santé et ses partenaires en Communauté française

L'enquête

Dans le courant de l'année 1994, le service Handicap et Santé questionnait ses partenaires, les autres services et centres agréés en Communauté française de Belgique dans le cadre de la réglementation en éducation pour la santé, à propos des activités qu'ils mènent et qui peuvent concerner les personnes handicapées, des demandes qui leur parviennent dans ce domaine, des réponses apportées, de leurs attentes par rapport à Handicap et Santé et des collaborations souhaitées.

Le questionnaire a été administré par voie postale, puis dépouillé manuellement et qualitativement étant donné le petit nombre de centres ou services concernés. Les points les plus intéressants émergeant de cette analyse sont exposés ci-dessous.

Taux de réponse

Sur les 30 centres de coordination ou services aux éducateurs à qui nous avons envoyé le questionnaire, nous avons obtenu 14 réponses qui se répartissent comme suit: 2 commissions locales de coordination sur les 10 ont répondu; 12 services aux éducateurs sur 19 ont rempli le questionnaire. A cela, nous devons ajouter une commission locale de coordination et 2 services aux éducateurs ainsi que le centre de coordination communautaire qui ont préféré nous rencontrer plutôt que de nous renvoyer le questionnaire; 7 CLC n'ont pas réagi au questionnaire.

Analyse des résultats

En quoi les différents services sont-ils concernés par la problématique du handicap?

Parmi leurs activités d'éducation et promotion de la santé, la majorité des services aux éducateurs à la santé couvrent l'un ou l'autre domaine pouvant concerner les personnes handicapées, soit par les thèmes qu'ils abordent, soit par la manière dont ils ciblent leur population, soit par leurs missions de communication, de méthodologie, de documentation.

Les thèmes abordés par les services et pouvant selon eux concerner les per-

sonnes handicapées sont le tabagisme actif ou passif, le sevrage et la législation relative au tabagisme dans les centres d'accueil et d'hébergement, l'hygiène, l'éducation affective et sexuelle, l'intégration sociale, la réadaptation fonctionnelle, la sécurité et la prévention des accidents domestiques, l'alimentation, la prévention du sida, la consommation de médicaments, l'accueil de l'enfant handicapé dans la famille, la maladie (soit celle qui est à l'origine de la déficience et du handicap, soit une autre maladie).

Certains services s'adressent à des publics particuliers et rencontrent dans ces catégories des personnes handicapées au même titre que les autres personnes: petite enfance, jeunes en âge scolaire (y compris l'enseignement spécial), patients dont la maladie peut dans certains cas engendrer un handicap: sclérose en plaques, maladie de Parkinson, asthme sévère,...). Cette rencontre nécessite toutefois quelques aménagements.

D'autres services, sans s'adresser à des publics précis ou traiter de thèmes particuliers abordent dans leurs missions ou dans leurs activités des domaines qui peuvent concerner les personnes handicapées au même titre que les autres: diffusion d'information (pouvant concerner la promotion de la santé des personnes handicapées) par le biais d'une revue, communication mass-média, promotion, inventaire, aide à la mise en place de groupes d'entraide, étude socio-épidémiologique des comportements et modes de vie, documentation... ou réalisation d'outils pouvant être adaptés pour les personnes handicapées mentales.

Quelles demandes sont adressées aux services dans le domaine du handicap?

Sur les 14 répondants, 11 services ont été confrontés à ce type de demandes.

Les répondants précisent celles qu'ils ont pu satisfaire. Les demandes semblent émaner en majorité d'institutions: écoles d'enseignement spécial, hôpitaux, centres d'hébergement, IMP, services d'accompagnement de personnes handicapées mentales, organismes

scientifiques. Une seule demande provient d'un parent d'une personne handicapée et plusieurs proviennent de groupes d'entraide.

Le public semble très varié: handicap non précisé, handicap mental, hémiplegie, cécité, surdité, handicap consécutif à la maladie d'Alzheimer, à la maladie de Parkinson, à la sclérose en plaques, aphasie. L'âge des destinataires varie: enfance, adolescence, âge adulte ou troisième âge.

Les réponses aux demandes sont également très variables: mise en place de groupes d'entraide, évaluation d'outils éducatifs, assistance à la réalisation d'action, informations sur la législation, données socio-épidémiologiques, animation,...

Les thèmes abordés se situent dans l'optique de la promotion de la santé ou de la prévention et touchent notamment le tabagisme, le sommeil, les sens, le corps, la sécurité et les accidents domestiques, l'alimentation (dont l'obésité), le sida, la participation au traitement de la maladie,...

Les problèmes rencontrés par les services face aux demandes de terrain sont principalement liés au manque d'outils, de supports adaptés, de méthodologies adéquates et d'information sur ce qui est fait dans d'autres lieux.

Parfois le problème est que la demande ne correspond pas aux missions du ou des organismes sollicités (exemple: problème d'hygiène en centre de jour pour adulte).

Dans d'autres cas, les demandes ou attentes débordent le cadre de l'éducation pour la santé et d'autres aspects entrent en jeu: organisationnels, institutionnels, politiques.

Quelles attentes à l'égard de Handicap & Santé?

Les attentes couvrent différents domaines. Les services expriment une attente au niveau méthodologique, afin d'approcher les publics particuliers parmi les personnes handicapées et d'élaborer des programmes spécifiques, d'aborder les thèmes couramment envisagés dans la petite enfance en éducation et promotion de la santé

Quelques remous

C'est sans doute l'intervention de Jacqueline Absolonne qui a provoqué le plus de réactions. Diététicienne, professeur à l'Institut Paul Lambin de l'UCL, collaboratrice de la société Sodexo, Madame Absolonne a rappelé, sans détours, les quelques principes d'une alimentation optimale dans le milieu scolaire... peu ou pas du tout appliqués. Nous reprenons ici, plus largement, son intervention

L'aspect nutritionnel

Jacqueline Absolonne a souligné que, si l'élaboration du repas chaud ou du pique-nique de l'enfant veillera à couvrir les apports nutritionnels recommandés, le repas de midi ne doit cependant pas, chaque jour, apporter tous les nutriments nécessaires. En effet, l'équilibre alimentaire se construit sur un nombre de prises alimentaires de l'ordre de 3 à 4 par jour et sur une succession des journées alimentaires, au minimum de 21 journées.

Les enfants n'auront de bons comportements alimentaires que s'ils sont éduqués à consommer une alimentation saine et que si des liens de collaboration s'établissent entre les parents et les directeurs d'école (par exemple, la connaissance des menus scolaires par les parents leur permet d'éviter les erreurs alimentaires résultant d'une mauvaise programmation).

Les aspects administratifs

Les écoles du secteur libre subventionné ne disposent pas d'aide financière pour la gestion de restaurants, ni pour leur entretien.

Pour les écoles de la Communauté, bénéficiant d'un personnel subsidié, seules les denrées sont à charge du consommateur. Dans les écoles subventionnées, beaucoup de parents opposent un refus à l'implantation d'une restauration scolaire. Cette négociation d'une restauration s'axe uniquement sur le coût et ne prend pas ou peu en compte la qualité nutritionnelle, la qualité gastronomique en adéquation avec l'âge de l'enfant et avec la modernité de leur choix... faits navrants selon l'intervenante.

Plusieurs formules de contrats avec une société de restauration collective peuvent être envisagées: un contrat

de gestion au forfait unitaire par repas, un contrat "mandat" où, quel que soit le nombre de repas, on refacture au client toutes les factures de fournitures et autres frais (exploitation, personnel,...), et le contrat d'assistance technique.

Dans tous les cas, si le responsable juridique de l'organisation scolaire est le pouvoir organisateur, le directeur est celui qui assure l'organisation et la gestion journalière de l'école. La direction est civilement responsable lorsqu'elle cause par sa faute un dommage à autrui. C'est donc au directeur d'école de prendre connaissance des contrats avec la ou les sociétés de restauration collective et du cahier des charges. Ce dernier reprend les conditions financières, de service, les aspects nutritionnels, les grammages, les menus, les contrôles d'hygiène, les modalités de fonctionnement... des notions peu familières pour un directeur d'école.

Et l'infrastructure?

Sur ce sujet, J. Absolonne fut prolix. Sur base d'arrêtés, d'ordonnances ministérielles et de directives européennes, elle a repris différents points dont le contenu a impressionné l'assemblée. Comme vous pourrez le constater en lisant ce qui suit, il y a parfois loin des prescriptions réglementaires à la réalité du terrain... En voici quelques extraits.

Le restaurant d'enfants

Le restaurant d'enfants et non la cantine doit répondre à des critères spatiaux. L'arrêté de juin 1987 (MB 01/07/87) fixe les règles qui déterminent le besoin en constructions nouvelles ou extensions des bâtiments scolaires. On peut aussi consulter le RGPT (Règlement Général pour la Protection du Travail). Bien que les enfants ne soient pas des travailleurs, les informations sont utiles.

Le restaurant de l'enfant est un lieu de plaisir où les échanges verbaux peuvent entraîner un bruit insupportable et même traumatisant si le niveau sonore est trop élevé. Le contrôle des décibels peut être effectué à l'aide d'un sonomètre (location au bureau de police). L'ordonnance ministérielle du 16/05/1991 art. 10 en mentionne les conditions de mesure.

Les toilettes et les vestiaires

Les sanitaires doivent être adaptés à la taille des enfants et en nombre suffisant (1 WC pour 20 filles et 30 garçons et un urinoir pour 20 garçons) et placés à l'abri des intempéries - A.R. du 18/11/1957-. Ils doivent être parfaitement entretenus.

L'inspection Médicale Scolaire (I.M.S.)

L'IMS a un rôle consultatif et préventif, et est obligatoire depuis la loi du 21/03/1964. Le médecin scolaire et l'équipe médicale scolaire ont un rôle dans l'éducation à la santé en milieu scolaire. Dans l'arrêté de base de 1964, on trouve également dans les attributions du médecin scolaire, la promotion des conditions d'hygiène et de salubrité des locaux.

La conservation et la consommation des pique-niques

Le pique-nique apporté par l'enfant doit être protégé des contaminations extérieures par une boîte propre et hermétique; le repas doit être stocké dans un frigo qui en garantit la conservation - A.R. du 04/02/1980 relatif aux denrées à réfrigérer.

A propos des garanties d'hygiène

On ne peut pas ignorer que, quel que soit le type de repas scolaire, la direction doit garantir la sécurité alimentaire (sécurité microbiologique-physique-toxicologique). Il y a des obligations légales incontournables. Les arrêtés sont relatifs aussi bien à la production qu'à la distribution des repas. Ils régissent également la conservation des aliments, l'entretien du matériel, des locaux et le comportement du personnel.

A ce propos, il faut rappeler que l'hygiène corporelle des enfants passe par le lavage des mains après être allé aux toilettes et avant de manger. Ceci implique la présence de lave-mains équipés à proximité du lieu où les enfants mangent.

La vaisselle doit être assurée de façon mécanique et non manuellement. Vous l'aurez compris... on est loin sans doute de respecter tous ces impératifs. Mais il n'est jamais inutile de les rappeler.

Patricia Thiébaud, Question Santé ■

■ L'alimentation dans l'entreprise

L'Association Contre le Cancer a décerné en décembre 1995 son 4e Trophée Santé aux entreprises les plus méritantes dans la promotion d'une alimentation saine sur le lieu de travail.

35% des cancers sont dus à une alimentation déséquilibrée. Or le restaurant d'entreprise est le lieu où beaucoup de personnes mangent cinq des sept repas principaux pris au cours d'une semaine. Mais cela peut aussi être le lieu où on peut découvrir d'autres façons de se nourrir, d'acquiescer des habitudes plus saines et y recevoir une information utile au sujet de l'alimentation.

Deux catégories d'entreprises ont été définies: celles comptant entre 150 et 1000 personnes et celles de plus de 1000 personnes. Pour ce Trophée, les administrations publiques et les hôpitaux ont aussi été invités à répondre à une enquête. Au total, 150 entreprises de moins de 1000 personnes et 70 entreprises de plus de 1000 personnes y ont participé.

1994-1995: quelles sont les différences?

En 1994 déjà, l'alimentation était le thème du Trophée Santé. Pour établir une comparaison entre les deux an-

nées, seules les entreprises qui ont concouru en 1994 et en 1995 ont été prises en compte.

En ce qui concerne la fréquence des aliments proposés

- L'évolution positive la plus spectaculaire concerne la sauce des viandes servie directement dans l'assiette. Alors que 53% des entreprises interrogées en 1994 en servaient tous les jours, il n'en reste plus que 27% à agir de même en 1995.

- On observe également une diminution du pourcentage de desserts sucrés tels que pâtisseries, mousses au chocolat... servis chaque jour (72% des entreprises en 94, 62% en 95).

- L'augmentation de la présence journalière de pommes de terre nature et de purée est légère. Les frites servies tous les jours connaissent un léger déclin. En liant ces deux phénomènes, on peut dire que la tendance est plutôt positive.

- La seule évolution défavorable concerne une légère diminution de la présence journalière de pain complet.

Les boissons

L'évolution est plutôt positive pour la disponibilité de l'eau en bouteille aux repas et en dehors des repas. La dis-

ponibilité du vin proposé aux repas diminue de 38% à 29%.

Le nombre de plats proposés au personnel

L'évolution va très significativement vers une augmentation du nombre de plats principaux proposés. Le pourcentage de restaurants d'entreprise qui offrent la possibilité de se resservir de légumes augmente (de 80% à 88%), tandis que la possibilité d'obtenir un plat végétarien diminue (de 56% à 41%).

L'organisation de campagnes d'information au sujet de l'impact de l'alimentation sur la santé

Si la proportion d'entreprises qui organisent des campagnes d'information sur l'alimentation reste identique (30%), l'affiche double presque son score d'utilisation, qui passe de 36% en 94 à 65% en 95 (parmi les entreprises qui organisent une campagne d'information).

Pour de plus amples renseignements, contactez Anne Van Boxel, responsable du Trophée Santé, ou Caroline Danhier, attachée de presse, à l'Association Contre le Cancer, Place du Samedi 13, 1000 Bruxelles, tél. 02/219.19.20, fax 02/218.53.27. ■

■ Journée "Sport et Santé" à Etterbeek

"Tous les jours, je construis ma santé en mangeant équilibré, en dormant suffisamment et en faisant du sport".

Cette affirmation a fait l'objet d'une énigme à reconstruire par des jeunes âgés de 11 à 12 ans lors d'un jeu de piste organisé sur le territoire d'Etterbeek par l'équipe préventive du Contrat de sécurité. Les Autorités communales marquent en effet leur volonté de mettre en oeuvre une politique de prévention des assuétudes et de développer des actions concrètes à destination des jeunes.

L'agent de prévention chargée de la lutte contre les assuétudes et les animateurs sportifs de Contrat de sécurité de la commune d'Etterbeek ont tra-

vailé en collaboration étroite avec l'asbl Action-Antitabac à l'encadrement pédagogique des 20 jeunes participants.

L'objectif principal du Contrat de sécurité consistait en la prévention des habitudes de dépendance à des produits nocifs. A l'occasion de ce jeu de piste, l'accent a été mis sur l'information antitabagique et la préservation du capital santé.

La réussite des épreuves sportives et intellectuelles qui ont ponctué la journée permettait aux jeunes d'obtenir un certain nombre d'éléments de réponse constitutifs de l'énigme. L'expérience du fumeur automatique illustrée par l'asbl Action-Antitabac a conclu la journée.

Ce jeu de piste tendait à démontrer l'importance de la santé pour l'utilisation entière des capacités physiques et des talents sportifs de chacun. Il a placé aussi les jeunes participants face à un choix entre la valorisation personnelle et sociale des talents sportifs et le piège à long terme de la recherche de la valorisation par la cigarette.

Suite à cette journée, l'équipe du Contrat de sécurité a recueilli les échos satisfaits des jeunes participants. Et pour permettre à d'autres de bénéficier de l'information, l'expérience sera renouvelée en 1996.

Information communiquée par Silvana Anzalone, Contrat de Sécurité, Commune d'Etterbeek. ■

■ Les centres communautaires de santé

La conférence internationale sur les centres communautaires de santé (CCS) s'est tenue à Montréal au mois de décembre 1995.

Au programme, il y avait

- la série " le tour du monde des CCS " où 24 pays/états/provinces ont présenté selon une grille commune, l'état des CCS et leur territoire;
- l'organisation des CCS au centre des réformes des systèmes de santé;
- l'évaluation des pratiques professionnelles, la formation, la recherche et l'évaluation;
- l'adaptation des services à des problématiques ou des clientèles spécifiques ainsi que la participation des clientèles.

Transformer les systèmes de santé

Des représentants de 60 pays étaient présents. Tous ont évoqué la nécessité de pratiquer en profondeur des réformes de santé.

Lors de l'ouverture officielle de la conférence, Jean Rochon, Ministre de la Santé et des services sociaux du Québec a prononcé une allocution très novatrice intitulée "clé d'une véritable réforme des systèmes de santé: la consolidation des centres de santé communautaire".

Pour lui, il est indispensable de transformer le système de santé et les motifs en sont nombreux. " Il se dégage certains consensus qui devraient permettre de planifier l'avenir de façon constructive et cohérente, en fonction d'objectifs de santé des populations plutôt que sur la base d'un simple exercice de comptabilité " (1). Il nous a soumis cinq consen-

- le premier insiste sur la distinction à opérer entre " l'amélioration et le maintien de santé grâce à une action sur ces déterminants et d'autre part, les soins et services de santé, leur organisation et les ressources que l'on y consacre " (2);
- le deuxième vise l'équilibre à atteindre entre la promotion d'une politique de bien-être, la prévention des maladies, l'éducation à la santé et le traitement des incapacités, déficiences et pathologies;
- le troisième insiste sur " l'harmonie à développer entre le régime de santé d'un pays et les choix qu'il aura faits en ce qui a trait à la solidarité sociale, à l'équité entre les individus et les

groupes, à la démocratisation des structures, processus et décisions " (3);

- le quatrième est étroitement lié à l'augmentation des coûts, qui touchent tout le monde;
- enfin le cinquième concerne " le virage ambulatoire ".

On parle de virage car le système mis en place n'évoluera pas de la même manière que par le passé; et si le terme " ambulatoire " lui est annexé, c'est parce que dorénavant le système devra passer d'une utilisation importante des institutions à une situation où le recours à l'hospitalisation est diminué.

Le virage ambulatoire s'appuie sur la prévention, la promotion et l'éducation à la santé. Le fait de prévenir et de favoriser une politique de bien-être engendre inévitablement un moindre recours aux institutions et une réduction des coûts des soins de santé. " La transformation du système de santé est rendue nécessaire notamment pour des raisons d'ordre économique, possible grâce aux développements technologiques et souhaitable sur le plan humain " (4).

Pour Jean Rochon, il y a quatre bonnes raisons de développer les centres communautaires de santé:

- les centres de santé sont situés près des milieux de vie des personnes et des communautés, là où une partie très importante des problèmes sociaux et des problèmes de santé peut trouver une réponse;
- les développements technologiques laissent entrevoir des transformations profondes de techniques de soins, actuellement réalisables dans de pareils centres;
- les centres communautaires de santé peuvent faire face à des problèmes complexes; en effet, au sein d'une même institution, ils peuvent mettre à contribution des intervenants de différentes formations et développer des collaborations entre ces acteurs de formations diverses;
- l'évolution des centres de santé se fait dans une dynamique de développement local, où la participation de la population prend une place indiscutable.

Au Québec, les centres communautaires de santé s'appellent CLSC, centres locaux de Services Communautaires. Cette expérience originale date d'un peu plus de vingt ans. Il leur a

fallu plus ou moins une dizaine d'années pour en implanter un peu partout dans le territoire du Québec.

Régionalisation et décentralisation

Dans le contexte actuel de réorganisation des services, l'existence des centres de santé n'est nullement remise en question. Les besoins ont changé et il va falloir adapter ces services en conséquence, parce qu'il faut s'adapter aux changements, parce qu'il faut redéployer les ressources, parce qu'il faut faire face à une crise financière de plus en plus intense, il est primordial de consolider et de renforcer les centres de santé.

" Pour améliorer l'efficacité et l'efficience des systèmes de soins, la tendance internationale est à la régionalisation et à la décentralisation, concepts qui sont à l'origine même du réseau des CLSC " (5).

Sur un plan plus pratique, les CLSC se préparent à effectuer de nouvelles fonctions comme élargir les heures d'ouverture des centres, assurer des formations, renforcer les contacts avec les organismes communautaires...

Mais tout ce renforcement ne saura se concrétiser que si l'on s'adapte aux besoins des populations, que si la confiance dans la capacité d'autonomie et de croissance en l'Homme et en l'autre est acquise et que si tous les services qu'offrent une CLSC se font dans l'optique d'un mieux-être de la population...

Au terme de la conférence, il a clairement été annoncé que l'éducation à la santé est souvent l'affaire des femmes ou de quelques hommes pionniers en la matière; il ne reste plus qu'à espérer que les prochaines réformes de santé désirées par de nombreux pays modifient ce constat...

Natacha de Granges, Centre de Coordination Communautaire.

Sources

- (1), (2), (3): Allocution de Jean Rochon, Ministre de la Santé et des services sociaux, intitulé " clé d'une véritable réforme des systèmes de santé: la consolidation des centres de santé communautaire ".
- (4), (5): D. Charron, Virage ambulatoire: les CLSC prennent position in CLSC express, volume 8, numéro 5, automne 95, p4

AGENDA - ACTUALITE - INFO

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

**Connaissez-vous les Missions des Agences Locales de Prévention du Sida?
Voici leur champ de travail :**

- 1°) Etablir des relations avec les intervenants locaux en santé;
- 2°) Diffuser localement les programmes proposés à l'échelle communautaire
- 3°) Connaître les personnes-ressources existantes pour la prévention du sida et consolider un réseau de points-relais efficaces, intervenants de référence et intermédiaires privilégiés pour la réalisation d'actions précises;
- 4°) Répertoire des besoins locaux, analyser et donner une réponse adaptée aux demandes des intervenants locaux et de la population;
- 5°) Favoriser une plus grande connaissance des structures entre elles et coordonner les initiatives locales en matière de prévention du sida;
- 6°) mettre les outils existants à la disposition des intervenants et apporter une assistance méthodologique aux organismes constituant des points-relais.

Adresses des Agences locales de prévention :

BRABANT WALLON Route de Gembloux, 2 1450 Cortil Noirmont Tél. 081/61 42 48	Rue de la Grande Triperie, 46 7000 Mons Tél. 065/84 53 54	Rue de la Station, 13 4800 Verviers Tél. 087/35 15 03
BRUXELLES Rue du Viaduc, 72 1050 Bruxelles Tél. 02/512 41 74	Rue des Cordes, 9 7500 Tournai Tél. 069/22 15 71	LUXEMBOURG Chaussée d'Houffalize, 1 bis 6600 Bastogne Tél. 061/21 36 71
HAINAUT Grand rue, 87 B 6000 Charleroi Tél. 071/48 94 20	LIÈGE Rue Hors-Château, 7 4000 Liège Tél. 041/23 29 13	NAMUR Rue Château des Balances, 3 5000 Namur Tél. 081/74 19 89

Courrier des lecteurs

Au Centre de Santé Libre de Mons, nous sommes confrontés à -et même harcelés sans cesse par- un problème majeur : les poux !

Appelés soit par les directeurs, soit par les parents, nous répondons aux demandes, en effectuant une visite à l'école. Les enfants sont examinés en classe et reçoivent une lettre d'éviction lorsque nous constatons la présence de poux et/ou de lentes.

Nous recommandons le traitement, en insistant sur la nécessité d'enlever les lentes et nous n'admettons le retour de l'enfant à l'école qu'après passage au Centre de Santé et muni de notre autorisation.

Nous savons que cette procédure est loin d'être idéale : nos évictions, sans sommations, peuvent paraître choquantes de même que l'obligation de se présenter au Centre de Santé. Certains directeurs font appel à nous puis réacceptent les enfants non ou insuffisamment soignés; des sommes folles sont dépensées en shampoings inutiles et nocifs (que faire contre la publicité mensongère ?); certains enfants sont rejetés par leurs camarades et parfois par l'enseignant; et enfin, bien sûr, nous manquons de temps et de disponibilité pour agir de façon plus diplomatique et efficace.

Alors que faire

Françoise Picqué, médecin scolaire
Sophie Dauge, infirmière scolaire

Participez

Pour le prochain numéro, nous aborderons le thème des poux. Vous avez eu l'occasion d'aborder ce thème ? Vous avez réalisé un projet ? Vous avez des anecdotes, sérieuses ou cocasses, des réflexions, des suggestions,... communiquez-les nous. Méthodique et sa comparse y feront écho. Et puis, si vous avez d'autres désirs, des remarques sur le journal, son contenu, sa forme, vous avez la parole !

La santé ... à bonne école

N° 5 - 2ème trimestre scolaire 1995-1996

Sommaire

DOSSIER : le sida
Angle d'approche p. 2
Outils p. 7

**Intersection: une journée
sida p. 8**

**J'ai testé: «Une soirée
qui capote» de la Troupe
du Brocoli p. 9**

**Gros plan sur... formation
pilote du Cedif-F p. 10**

**Agenda - Actualité - Info
p. 11-12**

Secrétariat de rédaction :
Patricia Thiébaud (Question Santé)

Graphisme : Carine Simon
(Question Santé)

Ont collaboré à ce numéro :
Ch. De Bock (Education Santé),
A. Lufin (Croix-Rouge de Belgique),
D. Piette (PROMES), C. Végairinsky
(Agence Locale de Prévention du
Sida de Bruxelles), A. Galerain, R.
Belvédère, C. Harmand, L. Henry,
M.-C. Josse, F. Herregodts,
(Infirmières), P. Piron (Agence de
Prévention du Sida), C. Deférière
(pédagogue)

Réalisation: Service «Communication
Médias» géré par Question Santé
asbl



L'association sans
but lucratif
Question Santé est
soutenue par la
Communauté française



Editeur responsable : P. Trefois, 72 rue
du Viaduc - 1050 Bruxelles.
D/1996/3543/4

Editorial

Dans ce numéro, nous abordons le thème de la prévention du sida. C'est un thème complexe car il parle des relations sexuelles, affectives, amoureuses, sociales. Encore le sida? Oui, toujours le sida. Parce que même si 97 % des jeunes de 17 ans connaissent les modes de transmission du virus HIV, il faut tenter d'être toujours plus présent aux côtés des nouvelles générations. Une prévention efficace se doit d'aller au-delà des connaissances, de privilégier l'écoute, le dialogue, pour qu'émergent les questions des adolescents, qui souvent demandent à dépasser le thème proprement dit du sida, de la maladie.

Nous proposons ici des regards, des questions, et quelques pistes que vous adapterez sûrement à la réalité que vous rencontrez, au public auquel vous vous adressez.

Rappel : vous pouvez utilement vous référer à la lettre circulaire diffusée en 1993, à l'initiative du Ministre de l'Education Elio Di Rupo et de la Ministre-Présidente Laurette Onkelinx.

Angle d'approche

**Quels intervenants sommes-nous?
 Quel regard avons-nous et portons-nous sur l'adolescent?
 Quelles sont nos limites, nos difficultés?
 Quelques avis...**

Avoir le trac...

- Chaque fois que je rentre dans cette classe, j'ai le trac. Faire de la prévention santé, je le ressens comme dérisoire, pour eux... le "cause toujours". C'est tellement loin de leurs préoccupations, de leurs urgences. Les tensions familiales qu'ils rencontrent chez eux, l'échec scolaire qu'ils vivent, leur inquiétude pour l'avenir proche (trouver un travail, s'assumer financièrement) sont des réalités qui les étranglent, leur font rejeter un discours de prévention. Qui sommes-nous pour parler d'hygiène de vie, de promotion de la santé? Il faut déjà être bien dans sa peau, confiant pour pouvoir se projeter dans un avenir où l'on a envie de prendre soin de soi, de son corps, de son bien-être... Des intentions qui peuvent toucher des adolescents relativement équilibrés, vivant dans un milieu stable... Bref, des ados que moi, je ne suis pas amenée à côtoyer dans le cadre de mon travail.

Est-on face à eux ou auprès d'eux ?

- Il est clair que les ados sont méfiants vis-à-vis d'adultes qui s'imposent très souvent comme la voix de la raison. Car, c'est vrai, comment nous présentons-nous? Moi, je me surprends parfois à être donneuse de bons conseils, très sûre de ma position d'adulte, de mon autorité, de mon expérience. C'est confortable: pas de remise en question. Comme si j'étais la détentrice d'une vérité, la seule. Une position stérile car elle n'offre pas un espace d'expression aux ados, à leurs réelles questions, leur incertitude, leur besoin de repères par rapport aux autres, de mieux se déchiffrer, s'identifier. Etre avec eux, c'est au contraire susciter en eux des questions, les amener à les formuler. En partageant ces interrogations, c'est un début de cheminement pour construire une réponse qui correspond à ce qu'il sont.

- Dans des discussions avec les adolescents, on aborde nécessairement des questions qui élargissent la thématique: autonomie, pression du groupe, plaisir, affirmation de soi... Ce sont là les véritables enjeux: éduquer au savoir-faire, au savoir être, au savoir devenir, à l'écoute, à l'estime de soi, à l'assertivité... Dès ce moment, à mon avis, les questions de méfiance, de résistance disparaissent progressivement.

Etre attentif à leurs demandes

- Je crois réellement que les ados sont désireux d'une information qui porte sur le sida, la sexualité ou tout autre sujet proche d'eux, mais la difficulté réside dans la forme du message et le respect de ce qu'ils ne veulent pas. Car, enfin, ils nous voient venir. Ils savent qu'aborder le thème de la santé, c'est inévitablement arriver à leur intimité. Et beaucoup désirent la préserver. Je pense que la promotion de la santé chez les ados demande que l'on soit extrêmement attentif à leur réelle demande, à leurs difficultés de la formuler. "Ce que tu me dis, je le sais", «Je voudrais aller plus loin mais ne me fais pas dire ce que je ressens". Nous, animateurs, on est forcément maladroits en naviguant dans toutes leurs émotions, en essayant de respecter le silence des uns ou le flot de paroles des autres, le cynisme de certains. C'est passionnant mais épuisant, tous ces efforts pour amener à une prise de conscience qui peut mener à une prise en mains. Qui n'a pas connu des «flops» décourageants et puis des séances où l'on a donné, reçu, bref, où l'on s'est enrichi mutuellement. Mais restons donc optimistes et positives!

Une question de confiance...

- Il faut amener les adolescents à croire en eux, et porter sur eux un regard confiant. L'espace de parole, d'échange qu'on leur offre pour s'exprimer les valorise. Mais après... je suis parfois en colère quand je vois l'attitude de certains profs. On passe deux heures et demie à l'issue desquelles les jeunes sont gonflés à bloc. Puis suit un autre cours où le prof va, en une phrase assassine, du genre: «Vous êtes décidément incapables de comprendre quoi que ce soit», piétiner cette confiance et cet enthousiasme qui commençaient à germer. Alors, avant de faire un travail, prenons le temps de discuter avec leurs professeurs, de les impliquer si c'est possible.

AGENDA - ACTUALITE - INFO**QUELQUES DONNÉES "SIDA JEUNE" EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE**

Danielle Piette, responsable du service agréé PROMES a sélectionné pour «Santé à Bonne Ecole» quelques données intéressantes. Elle fait part aussi de ses conclusions.

Il s'agit d'une enquête réalisée en 1994 auprès d'un échantillon représentatif de 15.000 jeunes (répartition géographique, et type d'enseignement; réseau de la Communauté française, provinces et communes). Ndlr: ces chiffres donnent des indications utiles pour une stratégie communautaire. Ils demandent une adaptation pour une action locale.

1. LES CONNAISSANCES**1.1. Modes de transmission**

Les modes de transmission du virus HIV sont bien connus des jeunes: dans le secondaire entre 80 % (à 12 ans) et 97 % (à 17ans) des jeunes savent que les relations sexuelles peuvent être une source de transmission. «Il s'avère donc que les informations actuelles semblent adéquates et qu'il faut continuer l'effort pour les nouvelles générations.»

1.2. Rumeurs sur la transmission

Trop de fausses rumeurs circulent sur la transmission. Voici le pourcentage des réponses correctes aux questions, garçons et filles confondus:

- donner du sang: 66 % en 4^{ème} secondaire, 69 % en 5^{ème} secondaire, 72 % en 6^{ème} secondaire;
 - moustique: 54 % en 4^{ème} secondaire, 54 % en 5^{ème} secondaire, 66 % en 6^{ème} secondaire.
- «Il faut donc travailler les rumeurs: corriger le contenu, réfléchir à comment et pourquoi elles sont partagées, discuter sur leur impact (sur l'intégration des personnes séropositives, sur l'acte social de donner du sang,...).»

2. LES OPINIONS

Parmi l'ensemble des jeunes du secondaire:

- 5 à 10 % estiment que le préservatif est trop cher (avant la campagne de «3 préservatifs pour 20 frs.»);
- 5 à 10 % ne savent pas où les acheter;
- 43 % n'osent pas les acheter;
- 28 % n'osent pas en parler avec leur partenaire.

«Ces résultats indiquent: qu'il faut poursuivre les efforts visant l'accessibilité géographique et financière du préservatif; qu'il faut travailler les aptitudes au savoir faire dans ce cas la communication; qu'il faut travailler sur les barrières et obstacles à l'utilisation, leurs causes objectives et subjectives.»

3. LE COMPORTEMENT SEXUEL**3.1. Expériences sexuelles**

- Tous âges mélangés, ont eu des expériences sexuelles:
 - en 4^{ème} secondaire: 50 % de filles, 51 % de garçons;
 - en 5^{ème} secondaire: 62 % de filles, 55 % de garçons;
 - en 6^{ème} secondaire: 72 % de filles, 68 % de garçons.
 - Tous grades mélangés, ont eu des expériences sexuelles:
 - pour les garçons: 19 % à 15 ans, 57 % à 17 ans;
 - pour les filles: 35 % à 15 ans, 53 % à 17 ans.
- «Les jeunes ont donc des relations sexuelles: l'éducation affective et relationnelle, tout comme l'éducation sexuelle (contraception, prévention des MST) s'imposent donc.»

3.2. Utilisation du préservatif

Parmi les jeunes ayant eu des relations sexuelles:

- entre 15 et 25 % disent utiliser systématiquement le préservatif;
- 20 % ont déjà eu plusieurs partenaires et n'ont jamais utilisé le préservatif.

«Il faut revoir notre façon de travailler pour: permettre aux jeunes de prendre des décisions correspondant à leurs valeurs et volonté profonde (rencontre de l'autre; respect de sa santé et celle des autres, etc.); travailler les obstacles (voir plus haut: accessibilité, communication, et obstacles "subjectifs").»

«STRESS SANS DÉTRESSE»: UN NOUVEL OUTIL PÉDAGOGIQUE.

Il s'agit d'un jeu, réalisé par l'asbl Question Santé et Les Femmes Prévoyantes Socialistes.

Il a pour objectif de provoquer la communication autour de situations concrètes de stress. Dessins, mimes, épreuves permettent l'expression des joueurs sur leurs propres facteurs de stress et les solutions qu'ils utilisent pour faire face. Les connaissances théoriques sont simplifiées pour être comprises par tous. Des exercices de relaxation sont expérimentés tout au long du parcours du jeu.

Celui-ci s'adresse à des groupes, des classes d'adolescents, se joue avec au minimum quatre élèves et au maximum 12.

Il dure une heure et demie mais il est bon aussi de prévoir 20 minutes pour un débat.

L'animation est gratuite.

Contacts:
 C. Spiece, secteur Éducation Permanente pour la Santé des FPS: 02/ 515 04 01
 Y.De Reys, secteur Éducation Permanente, Question Santé : 02/ 512 41 74.

GROS PLAN SUR...

La Formation Pilote Cedef-F: favoriser les complémentarités

Adolescence, Prise de risques et Prévention (Prévention du sida et risques associés). Le Cedef-F vous présente les grands points de sa formation pilote. Son adresse: rue de la Tulipe, 34 - 1050 Bruxelles. Tél. 02/502 68 00.

Organisateurs

L'Agence Communautaire de Prévention du Sida, le Cedef-Formation et les Agences Locales.
Avec le soutien de la Ministre-Présidente, L. Onkelinx et l'aide de la Fondation pour la Vie.

Public

Cette formation est destinée aux enseignants, éducateurs des écoles secondaires de tous les réseaux, aux agents PMS et IMS et aux animateurs des centres de planning familial qui souhaitent impulser des cellules de coordination en prévention du sida et autres risques à l'école.

Modalités

Cette formation se compose d'un module initial de 4 jours suivi de 2 jours d'évaluation-accompagnement-supervision.
(Dates à définir avec chaque groupe).
Chaque groupe de formation se compose de 12 à 13 participants, 2 à 3 enseignants/éducateurs par école (3 écoles par groupe), 2 à 3 agents IMS/PMS, 1 à 2 animateurs de planning familial. La participation à cette formation est actuellement gratuite.

Finalités du projet vis-à-vis des jeunes

Augmenter l'adoption des comportements de prévention vis-à-vis du sida et des MST en général. Créer au sein de l'école, un climat favorisant la santé en général, l'éducation à la vie affective et sexuelle, au respect de soi,...

Moyens

- amélioration des connaissances;
- création d'espaces d'écoute, de dialogue, et de créativité;
- reconnaissance des difficultés liées à l'adolescence, la sexualité, la prévention;
- mise en évidence des ressources des jeunes pour faire face à ces difficultés;
- augmentation de l'accessibilité aux services d'information, de santé et aux préservatifs;
- développement d'un climat favorisant la tolérance, le respect de soi et des autres.

Objectif de la formation

Permettre aux enseignants et autres intervenants scolaires d'impulser des cellules de coordination en prévention au sein des écoles afin de favoriser les complémentarités, les collaborations et la construction de projets de prévention mieux adaptés aux besoins des jeunes.

Objectifs des cellules de coordination

Permettre de travailler à plusieurs dans le même sens, avec les mêmes objectifs, afin notamment de sortir du sentiment d'isolement, d'urgence et d'impuissance auxquels le sida et d'autres problèmes confrontent les enseignants et les intervenants à l'école.
Permettre de recenser ce qui se fait déjà dans l'école à propos de la santé, l'éducation affective et sexuelle, la prévention en toxicomanie, la prévention du sida, afin de mieux définir les besoins des jeunes vis-à-vis de ces problèmes, d'éviter les répétitions, de valoriser les collaborations et les complémentarités.

Méthodes de travail privilégiées en formation

- partir des expériences, connaissances, impasses amenées par les participants lors de la formation;
 - construire ensemble les outils nécessaires pour le travail;
 - expérimenter des outils et des méthodes qui peuvent être employés ultérieurement avec les collègues pour construire un projet, avec les élèves pour aborder un problème tel que le sida,...
- Ceci requiert une participation active à des discussions, des débats, des exercices par petits groupes,...

Outils de travail

Différents outils pédagogiques utiles pour la construction de projets, l'élaboration d'une évaluation de son travail, la mise en place d'une cellule de coordination seront remis aux participants au cours de la formation.
Ceux qui auront été élaborés par le groupe durant la formation seront également repris par écrit par les formateurs et distribués aux participants.
Les outils pédagogiques de prévention du sida disponibles en Communauté française seront brièvement présentés lors de la formation ainsi que les adresses où il est possible de se les procurer.

PARLER DU SIDA

La prévention du sida est complexe, l'accueil de ce thème par les jeunes est très mitigé et les éducateurs un peu perplexes. Tous ces outils qu'on propose, cette surmédiation... nos sentiments sont partagés. Ici sont pointées quelques-unes des difficultés à aborder le thème du sida, qui peuvent aider chacun à situer sa motivation.

- Aborder ce thème, c'est dur. Je me sens à l'aise au niveau de la diffusion des connaissances scientifiques, pour expliquer le phénomène, les modes de transmission, le moyen de s'en préserver. Bref, le volet scientifique et technique ne me pose pas de problème. Je suis consciente qu'il faut intégrer ce thème dans un contexte global et là... je ne sais pas par quel bout commencer. Cela me dépasse un peu.

- Au-delà des informations scientifiques et techniques sur le thème, lorsqu'on aborde les relations affectives, comment ne pas être moralisateur? Les éveiller à leurs responsabilités? Parler d'amour en leur signifiant le risque, c'est ingrat comme rôle. N'est-ce pas contradictoire d'aimer et de se protéger? La promotion de la santé c'est proposer des comportements positifs, mais moi, je vois surtout le préservatif.

- On est face à l'indifférence et à l'agacement des jeunes qui sont saturés de messages sur le thème du sida. Il y a un malaise chez eux, qui découle d'une vaste fumisterie. Car, quel modèle valorisons-nous en terme de prévention sida? Celui du jeune qui est apte à discerner le risque dans son élan amoureux, possède une boîte de préservatifs (il n'a eu aucune honte à l'acheter) et sans problème, en enfille un (c'est le nouveau geste amoureux) et poursuit ses ébats, tout à fait ouvert à la discussion quant à l'histoire de sa partenaire. Quels sont les jeunes qui peuvent s'identifier à ce profil? Eux qui se donnent sans compter ou alors hésitent et tâtonnent, ont peur du rejet et n'osent l'avouer. Dans quelle sinistre solitude les enferme-t-on?

- La prévention du sida ne pourrait-elle pas être plutôt une éducation à la vie: connaissance de soi-même, de ses limites et de ses ressources, reconnaissance et respect de l'autre.
Parlons-leur de l'amour, mais dans toutes ses dimensions: amour, confiance, don et abandon, amour-rupture, maladie, mort. Cheminons lucidement avec eux, proches d'eux sans nous imposer. Élargissons l'espace, pour que leurs questions prennent jour, leurs difficultés se dévoilent et qu'ainsi puissent se construire des débuts de solutions. Ses propres solutions.

Parler du sida est un projet ambitieux mais non impossible, les lignes qui suivent proposent des pistes, non exhaustives, pour avancer. Suivons nos deux comparses dans leur réflexion.

LES OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

1) Faire passer l'information

- De nouveau, soyons vigilantes quant au profil du public auquel nous nous adressons. L'information doit rester avant tout claire et précise. Évitions de nous embarquer dans le trop scientifique car le jeune risque de décrocher. Et de se sentir déjà exclu du débat.

- Une information trop poussée risque d'amener l'adolescent à considérer finalement le sida comme une véritable abstraction, qui ne concerne et ne touche personne.

Quelques pistes pratiques:

- Il serait intéressant de savoir où en sont leurs connaissances, quelles sont leurs lacunes avant de faire un exposé. On peut procéder par un petit questionnaire, un «vrai ou faux».

- Moi, je préférerais une méthode plus active. Pourquoi ne pas proposer aux élèves de monter une exposition: ils seront stimulés pour se documenter, trier l'information.

- C'est intéressant, mais je trouve que cela requiert beaucoup de temps. Comment s'en servir après?

- Tu fais visiter l'exposition par d'autres.

- Une visite ne me semble pas un moyen très actif comme démarche. Si tu veux vraiment qu'il y ait une participation, proposons alors à une classe de réaliser un jeu, comme «info ou intox». Ils compulsent les documents, rédigent leurs questions, connaissent les réponses. On fait un pré-test en classe en divisant celle-ci en deux équipes. Ils peuvent présenter ce jeu dans d'autres classes.

LES OBJECTIFS

1^{er} objectif: faire passer une information qui sera claire, au langage adapté au public, pas nécessairement technique, ceci pour éviter l'abstraction. Si possible, elle sera le fruit d'une recherche de leur part.

2^{ème} objectif: écoute et connaissance des difficultés des jeunes face à l'adoption de comportements préventifs:

- permettre aux jeunes de s'exprimer;
- mettre en place des règles éthiques de respect mutuel;

- ne pas juger;
- permettre aux jeunes de comprendre leurs difficultés éventuelles.

3^{ème} objectif: inciter à un comportement préventif adapté au sujet:

- favoriser l'émergence des ressources auxquelles les jeunes peuvent recourir pour dépasser les éventuelles difficultés auxquelles la prévention les confrontent;

- les encourager à exprimer leur opinion, à argumenter celle-ci;

- favoriser leur créativité;
- augmenter leur confiance en eux, leur respect d'eux-même.

INTERSECTION

Vous avez en tête mille questions, ou envie d'exprimer une opinion...

UNE JOURNÉE SIDA

L'école ETEM, a connu le 6 novembre sa "journée sida". Une journée centrée autour des ateliers, lesquels ne traitaient pas uniquement du sida. On a parlé d'amour, de rencontre avec l'autre, de ses coups de coeur et de ses peurs.

Non, cette école de la Place de la Petite Suisse n'est pas idyllique. Enseignement technique, professionnel; ses professeurs se disent fatigués d'enseigner dans ces classes démotivées où l'absentéisme est aussi monnaie courante que les actes de violence... Mais Annie Galerin, infirmière détachée plus spécialement dans cet établissement s'y sent comme chez elle! Les adolescents ne viennent pas la trouver dans son bureau? Pas de problème! Elle arpente les couloirs, discute et n'hésite pas à enfile un bleu de travail... la voici dans l'atelier mécanique 2 dit "infernal", où les élèves tout en travaillant, lui racontent leurs déboires. On l'a compris, Annie n'a que faire des leçons pontifiantes dans les classes. Quant au thème du sida, elle se creusait les méninges pour savoir comment, en dehors des entretiens individuels, elle pouvait impliquer l'école.

Les premiers jalons

Pour préparer cette journée, trois réunions ont eu lieu. Annie avait déjà quelque peu préparé le terrain: discussions avec des professeurs afin de voir si le thème leur semblait intéressant, voir qui était prêt à s'impliquer dans cette journée... Trois professeurs ont répondu présents. "C'était suffisant; ils avaient aussi un bon impact auprès des élèves" assure Annie. Annie a alors fait appel à l'Agence Locale de Prévention du Sida de Bruxelles. Une rencontre qui lui a permis de mieux cerner ce qu'elle voulait faire de la journée, en fonction de ce qu'elle connaissait des élèves et de l'ambiance de l'école. Pour la soutenir et l'aider dans sa démarche,

d'autres intervenants ont été invités. Ainsi, en plus de l'Agence Locale Sida, deux centres de planning familial, une animatrice "santé" du Service Social des Etrangers se sont joints au projet. Mi-septembre, une première réunion a eu lieu avec le directeur, trois professeurs, trois membres du CPMS, et les organismes extérieurs cités. Les deux autres réunions qui ont suivi ont regroupé ces mêmes personnes.

"Ces réunions ont consisté à préciser nos objectifs: d'une part donner une information sur le sida, mais aussi donner la parole et favoriser le dialogue autour des relations amoureuses. On a très vite déterminé le contenu des ateliers. Un atelier aurait pour objet l'éthique et la tolérance à l'égard des différences: séropositifs, drogués, homosexuels... en quoi suis-je touché même si je ne suis pas infecté? Un autre porterait sur l'insertion affective et sexuelle dans la vie avec, en outre, cette question: qu'est-ce que ça implique pour nous que ce sida? Le troisième atelier concernerait les modèles de la sexualité et la prise de risque. Il y aurait quatre ateliers avec un "permanent" qui pourrait assurer le relais par la suite (CPMS) et qui accompagnerait le groupe vers chacun des trois animateurs. Le public se composerait de 60 jeunes de diverses nationalités dont l'âge varie entre 16 et 20 ans. A l'issue de cette première réunion, les seules questions se résument en: quels outils (vidéo, drama,...) allons-nous employer et fallait-il rendre cette journée obligatoire? Après la première réunion, j'étais gonflée à bloc mais à l'issue de la deuxième, ce fut la grande remise en question. Ne placions-nous pas la barre trop haut? Cette journée était-elle bien à propos? Et si les jeunes n'en voulaient pas, la rejetaient tout à fait en ne venant pas? Il était clair qu'il fallait mettre les jeunes dans le coup mais au sein du groupe de réflexion, nous avions besoin de plus de structuration. Finalement, il fut décidé de passer dans chaque classe pour en

prendre la température. Si les réactions étaient négatives, on devrait alors changer. Le résultat du sondage fut positif et cela nous permit aussi d'impliquer davantage les délégués de classe dans la démarche.

Le 6 novembre

Eh bien oui, ils sont venus. Pas moins nombreux que les autres jours, ils ont participé aux ateliers. A la fin de la journée, ils étaient souriants comme s'ils avaient fait le plein de rencontres heureuses, de découvertes d'individus qui en valent la peine. Le premier atelier, divisé en trois sous-groupes, animé par l'Agence Locale Sida, a proposé une série de phrases traitant des relations amoureuses. Le but était d'en choisir trois sur lesquelles ils étaient d'accord et trois autres où ils étaient en désaccord. Réflexions, discussions... les 90 minutes pour créer des liens, laisser émerger des questions personnelles, paraissaient courtes. Le deuxième groupe, subdivisé en quatre sous-groupes, animé par les centres de planning familial, a, sur base de quelques lignes d'un scénario, donné une suite à celui-ci et l'a interprété devant les autres. Gestuelles contorsionnantes, les échanges étaient difficiles bien qu'assez nombreux et brefs. Le troisième atelier a traité de la tolérance en proposant notamment une série de mots (mort, amour, mère-enfant, virus,...) chacun en a choisit un et en a parlé à son tour. Le quatrième atelier a porté sur un jeu de questions-réponses sur le sida.

Et Annie de conclure «pour les animateurs, l'ETEM, vaut le détour. Ils l'ont dit aux jeunes, heureux de rencontrer enfin dans ce miroir une image agréable à regarder et dont ils peuvent être fiers...»

4) Participer à l'intégration des personnes séropositives:

- En abordant ce point, le sida perd de son abstraction et la question du dépistage peut trouver toute sa pertinence.
- La difficulté que j'éprouve en abordant la solidarité envers les séropositifs est l'unanimité de tous. Surtout les filles, prises de compassion... Très peu reconnaissent qu'ils ont des craintes ou des préjugés à leur égard.
- C'est normal. Qui a eu l'occasion d'être en contact avec un séropositif? Tu peux toutefois détecter des hésitations, des contradictions dans leurs discours comme: je le soutiens, mais je fais attention.

Quelques pistes pratiques :

- Pour reconnaître ces craintes, les analyser, j'aime beaucoup l'histoire du bateau dans la vidéo «Dilemme». On peut aussi la raconter.
- L'histoire peut se résumer ainsi: un groupe de jeunes va partir en vacances. Deux enfants font partie aussi du voyage. La veille, l'organisateur reçoit une lettre anonyme d'un de ces jeunes: il vient d'apprendre sa séropositivité. Peut-il encore faire partie du voyage? Il n'ose poser la question directement. Il demande à l'organisateur de lire cette lettre au groupe, il sera lui-même présent, pour qu'ils prennent une décision. En fait, dans la réalité, cette lettre, tu la lis et les élèves en débattent. L'idéal est que tu aies aussi désigné, discrètement un élève, assez solide et loquace, pour interpréter le rôle de celui qui est atteint du virus. Présent à la discussion, il se dévoilera à la fin et exprimera ce qu'il a ressenti: rejet, compréhension, solitude...

MES PARTENAIRES

- L'accord de la direction avant d'entamer l'action est important.
- Intégrer différents partenaires: professeur de français, de gymnastique, éducateur, professeur de morale, professeur de religion, professeur de science, responsable extérieur (d'un planning, d'une agence de coordination sida,...) rendra plus légitime l'action. L'interdisciplinarité offre aussi une richesse pour le jeune, à la recherche de points de repères, d'interlocuteurs avec qui il peut avoir des affinités.
- L'action et ses objectifs, même si son champ est relativement réduit, doivent être connus par les enseignants qui ne participent pas. Ce n'est pas une perte de temps de leur expliquer comment on envisage l'action, ceci pour éviter les contre messages, comme signalé plus haut.
- Pas besoin d'une multitude de partenaires, le démarrage de l'action risque d'être plus lent puisqu'il y aura une plus grande diversité de points de vue à concilier. Les motivations de chacun, là où il se sent à l'aise, doivent être très vite définies afin de préciser dans quelle étape du projet chacun peut intervenir.
- Et les parents? Il est bon de leur annoncer aussi ce qui va se dérouler dans l'école. Mais le jeune n'a généralement pas du tout envie que les parents s'intègrent au processus.
- Moi, je pense qu'on peut de toutes façons proposer une conférence, indépendamment.
- Mais qui va se déplacer?
- Et les adolescents? On s'adresse à eux, mais on ne les implique pas dans le processus, c'est incroyable. Ils ont besoin qu'on tienne compte de leur avis.
- C'est vrai, c'est essentiel. Prévoyons une séance où ils donnent leur avis sur l'action, ses étapes: s'ils ont d'autres idées pour s'impliquer davantage, s'ils le désirent.

LE PUBLIC

- Pour mieux affiner ses objectifs, il est important de connaître le public auquel on va s'adresser. Les plus jeunes sont avides d'informations et tout à fait réceptifs sur ce point. Même s'ils ne sont pas encore aptes à appréhender la difficulté du geste de prévention. Les plus âgés sont a priori plus hostiles à parler encore du sida. Il est important d'aller plus loin, d'intégrer le sida dans une approche sociale et affective.
- Je vois plusieurs facteurs qui vont influencer le contenu et la forme de l'animation:

LES PARTENAIRES POUR UNE ACTION DE PRÉVENTION DU SIDA

- Les adolescents sont aussi vos partenaires: leur accord pour entamer cette action est une garantie de la réussite de l'action.
- L'accord de la direction est nécessaire.
- Une équipe pluridisciplinaire donnera davantage d'ancrage et de légitimité à l'action. Elle offre aussi aux adolescents un plus grand éventail d'interlocuteurs avec lesquels ils peuvent avoir des affinités.

LE PUBLIC

Afin d'avoir une approche plus juste auprès des adolescents qui bénéficieront de l'action, il est bon d'essayer de les connaître. Leurs réactions seront mieux appréhendées. Quelques questions à vous poser car elle auront une incidence sur votre animation

- quel est leur âge?
- majorité de filles ou de garçons?
- quel est leur milieu socio-économique?
- quelles sont leurs racines?

Sachez aussi quelles sont les réactions souvent rencontrées en fonction des profils des adolescents. Et enfin, il est utile de rappeler que la sexualité des adolescents, si elle n'est pas pour autant débridée, ne s'inscrit pas dans une notion de durée. Cependant monogamie, fidélité sont des notions qui leur sont chères.

• Majorité de filles ou de garçons?

Les filles sont généralement plus mûres lorsqu'on aborde l'affectif et plus sensibles au phénomène du rejet lorsqu'est abordé le problème de l'intégration des séropositifs.

• Quel est le milieu socio-économique?

Les jeunes plus défavorisés ont davantage de difficultés à penser «santé», à se projeter dans l'avenir; ils sont plus que d'autres dans l'urgence de résoudre des problèmes matériels présents.

• Quelles sont les racines?

Un public essentiellement étranger est pris dans des contradictions. D'une part, il y a les exigences de sa culture et d'autre part l'envie d'adopter des comportements plus «libres» du pays dans lequel il vit.

Parler sida, amour, avec des maghrébines est parfois difficile. Certaines ne se sentent pas du tout concernées puisqu'elles se considèrent comme «une petite fleur pure» et si elles savent que leur futur partenaire aura, lui, eu des aventures, elles ne peuvent pas concevoir le préservatif (il ne relève pas de leur initiative). D'autres marquent une indifférence feinte car elle sont partagées entre l'image qu'elles doivent donner à leur famille et à l'extérieur aux adultes, et la réalité de leur désir.

- Moi, j'ai des difficultés auprès de certaines classes composées essentiellement d'adolescents ou d'adultes. Il y a vraiment un rejet, une espèce de gêne à parler sexualité, amour, avec une femme. C'est un prof de géographie qui finalement a pris le relais.

- Il faut aussi être prudent lorsqu'on parle des foyers d'infection du sida. Les centrafricains se sentent très vite agressés.

• Quelques réactions des adolescents face au risque du sida

Lorsqu'on abordera les problèmes affectifs liés à la prévention du sida, il faut pouvoir pointer la multitude des réactions existantes face au risque du sida.

La plus fréquente est celle de penser qu'on n'a rien à craindre vu que les jeunes que l'on fréquente sont issus du même milieu. Comme si la familiarité annihilait le risque.

On peut pointer aussi la gêne du crâneur, la peur du rejet, la difficulté d'en parler, la difficulté d'insérer «techniquement» dans sa relation amoureuse le préservatif. Il y a aussi pour certains le goût et l'attrait du risque. Et puis, ne pas utiliser le préservatif est une preuve de totale confiance, d'amour.

Le risque pour certains n'est pas du tout reconnu dans la situation qui se présente à lui. Il est presque inconcevable pour le jeune d'imaginer qu'il risque aussi de mourir, alors qu'il commence son apprentissage de la vie, la découvrir.

• Leur conception de l'amour, des relations sexuelles

- En faisant de la prévention du sida, nous partons parfois de l'idée que les jeunes ont une sexualité débridée. De nombreuses enquêtes ont pourtant démontré que la majorité des adolescents sont très attachés à la notion de fidélité, une fidélité qui correspond à leur sentiment amoureux. Lorsque ces sentiments diminuent, la relation se termine. L'amour chez les adolescents ne parle pas de durée, mais de fidélité dans le présent.

- Tu soulèves ici une des difficultés du thème du sida où l'on associe dans la prévention fidélité et projection dans l'avenir.

- On leur demande d'avoir un comportement adulte alors que, pour ce faire, certaines expériences sont nécessaires.

- Mais que signifie aussi pour les adolescents «relations sexuelles»? Cela ne correspond pas toujours à notre notion. Il peut s'agir d'un baiser, d'un flirt poussé sans passer à l'acte.

- Mais comment savoir ce qu'ils entendent par rapport sexuel, comment savoir où ils en sont? Ceci pour être sur la même longueur d'onde, sans les brusquer, les choquer?

- Avant une action, on peut imaginer un petit questionnaire. On leur explique très simplement la raison. Il doit rester anonyme. On reprendrait des questions, dans le livre de C. Ferron et L. Beq «Parler du sida avec les adolescents».

Une série de questions est reprise. Les réponses recueillies pourront nous donner un éclairage assez juste du vécu des adolescents auxquels on veut s'adresser.

- est-ce que tu as déjà été amoureux?

- est-ce que tu as déjà eu l'occasion de sortir avec une fille ou un garçon?

- qu'est ce qui s'est passé?

- tu lui as donné la main

- tu l'as embrassé(e)

- tu l'as caressé(e)

- vous avez fait l'amour

- Est ce que tu utilises un moyen de contraception? Lequel?

- As-tu une copine (copain) régulier avec qui tu es déjà sorti plusieurs fois?

- Moi ce questionnaire me met mal à l'aise. L'adolescent qui n'a pas d'expérience va se sentir «anormal». Je prends la température de la classe en posant des questions comme : «Qu'est-ce que vous feriez si...»

LES OUTILS

Parmi tous les outils existants sur le sida, nous en avons pointé quelques-uns qui nous semblent particulièrement riches au niveau pédagogique, et attrayants. Vous pouvez obtenir tous ces documents à l'Agence de Prévention du Sida (Rue de Haerne, 42, 1040 Bruxelles - 02/ 627 75 11) ou à l'Agence Locale de Prévention du Sida de votre région (voir liste et adresses en page 12).

Dossier pédagogique à l'usage des enseignants: avant tout un outil scientifique qui synthétise les données actuelles. Ce dossier comprend des fiches théoriques mais aussi plus pratiques - Réalisation de la Croix-Rouge, Service d'Education pour la Santé, Place Brugmann, 1060 Bruxelles. Tél: 02/346 02 37 - 400 fr.

Manuel d'animation pour enseignants: outil dont on retient surtout la clarté et la richesse du programme de travail proposé pour aborder, avec un public de jeunes entre 15 et 20 ans, le thème du sida sous ses différents aspects; scientifique, psycho-affectif, comportements liés à la prévention du sida. Une large présentation des outils est également faite. Une réalisation d'Infor Sida, produit par l'Agence de Prévention Sida - 250 fr.

Parler du sida avec les adolescents: traits d'humour pertinents placés ci et là, ce livre pose les questions justes, propose biais et angles d'attaques pour aborder le thème du sida d'une manière globale. On le lit d'une traite puis on le relit en s'attardant sur certains points... qui font leur chemin. Réalisation C. Féron, A. Laurent Beq. Produit par le CFES. 650 fr. (sur commande).

Scénarios contre un virus: courts métrages de fiction concernant la prévention, d'une durée de 5 à 6 minutes, imaginés par des jeunes, et réalisés par des professionnels. La vidéo couvre plusieurs thèmes: le préservatif (son accès, la difficulté d'en parler à son partenaire), la solidarité, l'exclusion, la maladie, les relations enfants/parents. Il suscite l'intérêt auprès des ados et amène aisément un débat. Il s'adresse à un public à partir de 15 ans. Réalisé par l'Agence Prévention Sida, Médecin du Monde, et AESSA. Gratuit pour les écoles.

Dilemmes: 6 séquences de 5 minutes de fiction sous forme de dilemmes moraux. Chacune de ces fictions se termine par des questions qui interpellent le spectateur. A lui de compléter cette histoire. En s'identifiant aux personnages, le jeune est amené à mieux comprendre ses réactions, cerner les valeurs auxquelles il est attaché. L'objectif étant que l'adolescent puisse également découvrir ses ressources pour faire face aux situations. Le débat suscité après la vision de cette vidéo est souvent très animé et permet d'atteindre ces objectifs. Réalisé et produit par l'Agence de Prévention Sida. Pour un public de jeunes à partir de 15 ans.

Le bus de la prévention. Ce bus propose des brochures, une exposition de 12 planches, un espace de rencontre où peuvent être projetés des vidéos de l'Agence Prévention Sida. A réserver longtemps à l'avance à l'Agence Prévention Sida. Gratuit.

Une soirée qui capote: cf rubrique «J'ai testé». Théâtre Forum de la Compagnie du Brocoli: 02/ 539 36 87. Ou Agence Prévention Sida. Pour adolescents à partir de 15 ans et adultes. 5.000 frs.

Encore le sida: Krole a saisi son crayon pour croquer des situations cocasses relatives aux modes de transmission et moyens de prévention du sida. Difficultés de dialoguer avec son partenaire, nécessaire solidarité avec les séropositifs sont abordés aussi. On y trouve un petit questionnaire pour tester ses connaissances. Brochure claire, au ton pertinent et efficace, les adolescents la plébiscitent. A partir de 13 ans. Réalisée par le Comité de Protection de la Jeunesse de Liège. Gratuit.

«Jo». On en a parlé dans le dossier. Cette BD aborde une foule de thèmes. Elle sensibilise les jeunes à la prévention du sida mais son utilisation réclame un accompagnement pour atteindre l'efficacité souhaitée. A partir de 15 ans. Réalisée par Derib et produite par la Fondation pour la Vie.

Les premières fois: document centré essentiellement sur les premières relations sexuelles et l'usage du préservatif, les difficultés d'en parler, de le proposer. Beaucoup de témoignages qui rendent le document proche et vivant, en plus d'être pratique. Il développe peu l'aspect affectif des relations amoureuses. Convient aux adolescents à partir de 12 ans. Réalisé par un groupe de jeunes et produit par l'Agence Française de Lutte contre le Sida. Gratuit.

L'Education pour la Santé

L'affaire de tous

Cette brochure est une réalisation du Centre de Coordination Communautaire, avec la collaboration de la revue Education Santé, de PROMES et de l'APES.



COMMUNAUTE FRANÇAISE WALLONIE BRUXELLES

L'Éducation pour la santé en Communauté française de Belgique est constituée par un ensemble de personnes, de structures, d'organismes au service de la population en général, et des relais sociaux (enseignants, professionnels de la santé, animateurs,...) en particulier.

Cette petite brochure vous donne tous les renseignements utiles sur les services reconnus par la Communauté française.

1996



Editorial

L'éducation pour la santé n'a pas simplement pour objectif de modifier les habitudes et les comportements générateurs de problèmes de santé. Elle vise d'abord à permettre une plus grande responsabilité individuelle et collective dans les choix qui concernent la santé et le bien-être. Ainsi, les besoins et les centres d'intérêt de l'individu, des familles, des associations et des communautés se trouvent au coeur des programmes d'éducation pour la santé.

C'est parce qu'une bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un objet important de la qualité de la vie.

Mettre en oeuvre les informations, les formations et les apprentissages nécessaires au mieux-être de chacun, pour le mieux-être de tous, tel est l'objectif de la Communauté française en matière d'éducation pour la santé.

Pour ce faire, des structures existent. Elles ont pour mission de soutenir les actions des éducateurs.

La présente brochure vous en propose le relevé et vous apportera, je l'espère, les renseignements nécessaires à la mise en oeuvre d'actions de promotion de la santé.

Je vous souhaite un bon travail et vous remercie de votre collaboration.



Laurette Onkelinx

**MINISTRE-PRÉSIDENTE
CHARGÉE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ**

Si vous désirez plusieurs exemplaires de cette brochure, veuillez adresser votre commande au Centre de Coordination Communautaire, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/512.42.23. Fax: 02/512.32.73.

Design Marmelade
Illustration: Eric Lambé
Impression: AD Print - 1996/03
Editeur responsable: Martine Spitaels,
rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles.

Solutions des exercices proposés en page 9

- 1 Je m'adresse à la CLC de Liège. Ma demande étant bien définie, celle-ci m'oriente vers le service aux éducateurs compétent au niveau de la co-diffusion d'informations, Question Santé.
- 2 Je m'adresse à la CLC du Luxembourg qui me propose un conseil méthodologique et de la documentation pour construire mon projet.
- 3 Je m'adresse à la CLC du Brabant-Wallon qui m'aide à identifier des personnes ressources. On forme un groupe promoteur avec des partenaires locaux (pompiers, responsables des plaines de jeux, pouvoirs organisateurs des écoles, journaliste, etc.) et des organismes spécialisés (Educa-Santé, APES,...).

Sommaire

EDUCATION ET PROMOTION SANTÉ:	
définitions et références	4
DES SERVICES PRETS A VOUS AIDER	7
La Ministre	10
L'Administration	10
La Cellule Permanente en Education pour la Santé ..	11
LA COORDINATION	
Le Centre de Coordination Communautaire	12
Les 10 Commissions Locales de Coordination	13
LES SERVICES AUX EDUCATEURS	
• Thèmes	
Accidents domestiques [Educa-Santé]	15
Alimentation [ICAN]	15
Assuétudes [CCAD]	18
Médicament	
[Centre Coopératif de la Consommation]	19
Santé mentale [Femmes Prévoyantes Socialistes] ..	19
Tabac [FARES]	20
• Rigueur méthodologique	
Banque de données [PROMES ULB]	21
Documentation [RESO UCL]	21
Méthodologie [APES]	22
• Communication	
Audiovisuel [Médiathèque CFB]	23
Diffusion aux relais [ANMC]	23
Communication Média [Question Santé]	24
• Publics	
Education du patient [Centre Education Patient] ..	25
Femmes [Vie Féminine]	25
Groupes d'entraide [UNMS]	26
Handicap [Facultés Namur]	26
Jeunes en âge scolaire [Croix-Rouge]	27
Milieu immigré [Cultures & Santé]	28
Petite enfance [ONE]	28
PRÉVENTION DU SIDA	
Agence de Prévention du Sida	29
Agences Régionales de Coordination	29

Éducation et promotion santé

DEFINITIONS ET REFERENCES

Une des meilleures définitions de l'éducation pour la santé déclare que "l'éducation sanitaire est une pédagogie de la santé au service de la communauté qui implique:

- la mise en oeuvre de tout moyen capable de créer des motivations positives vis-à-vis de la santé;
- de faire prendre conscience aux individus qu'il est possible d'agir personnellement et collectivement en vue d'améliorer et de promouvoir la santé;
- de les rendre conscients qu'ils sont responsables de leur propre santé et de celle des autres;
- et de leur faciliter une adaptation de leur comportement dans ce but.

Cette action se développe suivant un processus d'échanges permanents entre ceux qui prennent l'initiative de l'action éducative et ceux à qui elle s'adresse, alternant leurs rôles respectifs de manière continue au cours de cette activité de promotion de la santé" (GERM, 1972).

Cette définition pionnière marque clairement que l'éducation pour la santé est autre chose qu'une propagande sanitaire dispersant de bons conseils à une population plutôt ignorante. C'est l'ensemble des caractéristiques de la personne qui est visé et notamment son attitude face aux problèmes de santé; sa croyance en son efficacité personnelle à agir; son aptitude à agir avec d'autres (...). La mention des échanges continuels entre ceux qui prennent l'initiative des actions éducatives et les groupes cibles nous rappelle que la population peut identifier ses problèmes de santé, proposer des solutions, identifier et rassembler des ressources nécessaires pour arriver aux buts qu'elle s'est fixée.

Prévention du sida

AGENCE DE PREVENTION DU SIDA

Informar chaque individu des modes de transmission du virus, l'inviter à passer éventuellement un test de dépistage et le sensibiliser à la solidarité avec les personnes séropositives et malades du sida, voici quelques-uns des objectifs visés par l'Agence de Prévention du Sida.

Pour les atteindre, elle canalise ses actions vers la population globale et les populations spécifiques - jeunes, toxicomanes, homosexuels,... - en collaboration avec les organismes de prévention existants et actifs sur le terrain.

- CONTACTS: Pierre Moureaux (documentation)
 - Vincent Magos • Jacques Henkinbrant (direction).
- ADRESSE: rue de Haerne 42, 1040 Bruxelles.
Tél.: 02/627.75.11. Fax: 02/627.75.12.

AGENCES LOCALES DE PREVENTION

Il existe des agences locales de prévention du sida dans les villes suivantes: Bruxelles, Charleroi, Mons, Tournai, Bastogne.

Vous pouvez obtenir leurs coordonnées à l'adresse ci-dessus.

CULTURES ET SANTE

Soutien méthodologique et logistique pour toute action d'éducation pour la santé en milieu peu scolarisé et /ou immigré: matériel didactique, documentation, formation d'animateurs, aide et conseils.

- PERMANENCE: jeudi et vendredi de 10 à 17 h. ou sur rendez-vous.
- CONTACTS: Nicole Tinant • Latifa Ihdatten (animatrices) • Catty Vandeskelde (coordinatrice)
- ADRESSE: Cultures et Santé, av. de Stalingrad 24, 1000 Bruxelles. Tél.: 02/513.56.99. Fax: 02.513.82.28.

OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE - ONE

L'ONE a pour mission d'assurer la promotion de la santé maternelle et infantile:

- par la réflexion et l'établissement de programmes d'action en coordination avec les organes scientifiques et administratifs de l'ONE ainsi que les travailleurs médico-sociaux;
- par la participation active à l'élaboration, la mise en route, le déroulement et l'évaluation des activités sur le terrain;
- par la réalisation de matériel d'animation, adapté aux besoins de la population (brochures, tracts, panneaux d'exposition, vidéos, jeux,...).
- par la formation continue des travailleurs médico-sociaux en éducation pour la santé.
- CONTACT: Docteur Marc Parent (responsable du service).
- ADRESSE: ONE, Service Education à la Santé, route de Gembloux 2, 1450 Cortil-Noirmont. Tél.: 081/61.42.48. Fax: 081/61.15.00.

Toutefois, cette démarche d'éducation pour la santé a des limites: quelles que soient les capacités et la volonté des personnes et des groupes, ils ne peuvent résoudre seuls les problèmes de société ni pallier les déficiences de nos organisations. Ils doivent avoir accès à un minimum de moyens, ils doivent être soutenus par une législation appropriée, ils doivent être accompagnés par des professionnels qui offrent ressources et compétences.

Dès lors, il nous est possible, à nous, professionnels de la santé, de l'éducation ou du travail social, d'agir à un autre niveau que celui des personnes et des groupes de population. Nous pouvons réorganiser nos institutions, former les professionnels à une approche plus dynamique et efficiente de la prévention, promouvoir l'idée de promotion et de participation de la santé, modifier l'environnement physique ou psychosocial pour qu'il favorise la santé de tous, amener les décideurs de tous bords à considérer l'impact sanitaire de leurs décisions. C'est l'ensemble de ces actions qui, avec l'éducation pour la santé, forme la promotion de la santé.

Un consensus international a permis la définition de la promotion de la santé à Ottawa en 1986.

La charte d'Ottawa dit que "la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. (...) Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire: elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être".

Les dimensions de la promotion de la santé sont donc:

- l'élaboration de politiques publiques saines, et non seulement d'une politique de santé publique;
- la création de milieux favorables à la santé, permettant et facilitant les modes de vie sains et préservant les milieux naturels;

- le renforcement de l'action communautaire par une participation effective des communautés à la prise de décisions et à la planification des interventions;
- l'acquisition d'aptitudes individuelles et collectives de prise en charge dans le domaine sanitaire, comme dans le concept de l'éducation pour la santé défini par le GERM;
- la réorientation des services sanitaires intégrant une approche plurisectorielle de la santé et collaborant donc avec les services s'occupant du transport, de l'habitat, de l'éducation, etc.

L'éducation pour la santé n'est pas démodée: simplement, elle n'est plus la seule approche de promotion de la santé. La promotion de la santé n'est pas non plus le concept à la mode devant remplacer à tout prix l'éducation pour la santé: nous avons toujours besoin de compétences, de politique, de formation et de programmes en éducation pour la santé. Simplement, nous avons pris conscience du besoin d'autres compétences, d'autres politiques, d'autres programmes et de la nécessité d'unir nos forces.

RÉFÉRENCES

■ En éducation pour la santé:

Bury J. Education pour la santé. Concepts, enjeux, planifications. Bruxelles: De Boek Université (collection savoirs et santé) 1988 (livre de 230 pages représentant l'essentiel des connaissances en éducation pour la santé).

■ En promotion de la santé:

- Organisation Mondiale de la Santé et al. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Conférence Internationale pour la promotion de la santé, Ottawa novembre 1986. (il s'agit de la déclaration de 2 pages publiée par les participants de la conférence à l'issue de celle-ci).
- Le numéro 76 d'Education Santé (1993) consacré aux villes et villages en santé (description des projets "lieux de vie" de promotion de la santé).

sociaux et éducatifs qui interviennent directement auprès des personnes handicapées;

- adapter les stratégies d'actions aux publics-cibles spécifiques;
- agir dans le domaine de la prévention primaire du handicap

Ses missions: coordonner, fournir une aide logistique et méthodologique, susciter des initiatives de qualité dans le domaine du handicap, recueillir des données et des documents spécialisés, réaliser et diffuser des outils pédagogiques et didactiques, mettre en place des modules de formation. Il s'agit de mettre à la disposition des intervenants des moyens pour développer les projets.

■ Directeur: Prof. Michel Mercier

■ Chef de projet: Dr. Jacqueline Delville

■ Permanents: Marie Mattys et Jean-Luc Collignon

■ Secrétaire: Patricia Pezzotti

■ Adresse: Handicap et Santé, Prof. Mercier, Département de Psychologie, Faculté de Médecine, FUNDP, rue de Bruxelles 61, 5000 Namur. Tél.: 081/72.44.30. Fax: 081/72.44.31.

CROIX-ROUGE DE BELGIQUE

- Création de matériel pédagogique, formation, encadrement méthodologique de projets, coordination d'actions en milieu scolaire.
- Coordinateur pour la Communauté française de Belgique du réseau Européen d'Ecoles en Santé, REES

■ CONTACTS: Viviane Delegher (chef de service) • Gabrielle Schicks (secrétaire) • André Lufin • André du Bus • Marie Ledoux • Emmanuelle Gaspers

■ ADRESSE: Croix-Rouge de Belgique, Service Education pour la Santé, place G. Brugmann 29 -3ème étage, 1060 Bruxelles. Tél.: 02/346.02.37. Fax: 02/346.17.84.

■ CONTACT: Françoise Piron.

■ ADRESSE: Vie Féminine, rue de la Poste 111, 1030 Bruxelles. Tél.: 02/227.13.00. Fax: 02/223.04.42

U.N.M.S. - PROMOTION DE LA SANTE

Mission de base: oeuvrer au développement des pratiques de self-help et des formes d'auto-organisation des consommateurs - au moins virtuels - des services socio-sanitaires.

Ceci se concrétise principalement par:

- la mise à jour, la diffusion méthodique, la réédition régulière d'un "Inventaire des groupes d'entraide" (surtout à destination des professionnels et des relais);
- la sensibilisation des médias et du public à l'existence de ces groupes et à la spécificité de leur démarche;
- la maintenance d'un service d'appel centralisé pour orienter les personnes à la recherche d'une association adaptée à leur problème;
- la contribution à l'approfondissement des échanges entre pays et régions sur les expériences en cours;
- la constitution, en synergie avec les acteurs concernés, d'un capital théorique et méthodologique susceptible de soutenir les efforts des groupes d'entraide...

■ CONTACT: Anne Fenaux

■ ADRESSE: UNMS, Service Promotion Santé, rue Saint-Jean 32, 1000 Bruxelles.
Tél.: 02/515.05.85. Fax: 02/515.02.07

HANDICAP ET SANTÉ

Handicap et Santé vise à favoriser les actions de promotion de la santé dans le domaine du handicap.

Pour ce faire, quatre axes sont développés:

- intégrer le handicap dans les préoccupations des services actifs en éducation et promotion de la santé;
- sensibiliser à la promotion de la santé les relais

Des services prêts à vous aider

TROIS REGLES

Il y a trois règles à connaître et à respecter pour bien utiliser les services agréés.

REGLE 1

Si je souhaite développer une action, un projet, je commence par m'adresser à la Commission Locale de Coordination (C.L.C.) de ma région, ou, de façon plus générale, au Centre de Coordination Communautaire (C.C.C.).

■ Parce que les C.L.C. ou le C.C.C. peuvent vous aider à clarifier votre demande, si c'est nécessaire (règle 2).

■ Parce que les services agréés sont hiérarchisés. Il y a des services "généralistes", les C.L.C. et le C.C.C. qui peuvent fournir tous les services (documentation, aide, support,...) sur tous les thèmes et tous les publics. Ils vous guideront, si nécessaire, vers les services "spécialistes".

■ Parce que la plupart des programmes d'éducation pour la santé dépassent actuellement l'approche par thème ou par public pour une approche plus globale (lieu de vie, mode de vie, promotion de la santé).

REGLE 2

J'identifie et je décris le plus clairement possible ma demande.

Cela vous permettra d'identifier plus facilement votre interlocuteur privilégié.

Pour vous aider voici quelques clés:

■ Mon action, mon projet concerne le niveau local (Commission Locale de Coordination - C.L.C.) ou le niveau communautaire (Centre de Coordination Communautaire - C.C.C.).

■ Mon action, mon projet traite d'un thème particu-

lier: accidents domestiques (Educa-Santé), alcool et autres drogues (C.C.A.D.), alimentation (I.C.A.N.), bon usage des médicaments (Centre Coopératif de la Consommation), tabac (F.A.R.E.S.), santé mentale (F.P.S.), sida (Agence Prévention du Sida).

- **Mon action, mon projet** a besoin d'un soutien spécifique, en terme de rigueur scientifique et méthodologique: documents de référence (RESOdoc/UCL), données statistiques ou épidémiologiques (PROMES/ULB), méthodologie, choix d'activités, évaluation (A.P.E.S./ULg), pour améliorer mes modes et moyens de communication: outils vidéographiques (Médiathèque), vers les acteurs de l'éducation pour la santé (Education Santé), vers les publics, via les mass-media (Question Santé).
- **Mon action, mon projet** vise un public précis: petite enfance (ONE), âge scolaire (Croix-Rouge), femmes (Vie Fémine), personnes handicapées (Handicap et Santé), "patients" (Centre d'Education du Patient), milieux immigrés et/ou peu scolarisés (Cultures et Santé), groupes d'entraide (U.N.M.S.).

REGLE 3

Je compte avant tout sur mes propres ressources même avec l'aide des services agréés.

Les services agréés sont là pour vous aider à trouver les meilleures solutions (ou les moins mauvaises) pas pour vous les donner ou les mettre en oeuvre pour vous.

EXEMPLE

Je suis enseignant(e) dans une école de Namur. Mon école développe un projet d'amélioration de l'environnement nutritionnel. J'ai besoin d'outils pédagogiques pour réaliser des activités dans ma classe.

Les services aux éducateurs

Publics

CENTRE D'EDUCATION DU PATIENT

Améliorer l'information-santé du soigné et de son entourage, et la qualité de la relation soignant-soigné

Au service de qui? Les personnes, associations médico-sociales, hôpitaux, services de soins à domicile, groupes d'entraide, etc...

- Un accompagnement méthodologique de vos projets éducatifs
- L'organisation de formations
- La publication d'une revue trimestrielle, le Bulletin d'Education du Patient
- La création d'outils éducatifs, graphiques et audiovisuels élaborés avec vous, et adaptés aux besoins des patients et aux vôtres
- Une bibliothèque spécialisée
- Un partenariat avec le Comité interinstitutionnel d'Education du Patient, lieu d'échanges et de rencontres

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

VIE FEMINE

Formation et distribution d'outils de formation à destination des femmes de milieu populaire.

Ces formations et ces outils:

- visent à donner la capacité à toute femme de se situer en tant que relais santé dans son milieu familial et social;
- s'intègrent dans une démarche d'éducation permanente;
- ont pour perspective la mise en place d'actions adaptées au public et aux réalités locales.

- Bernadette Taeymans (secrétaire de rédaction)
- Anne Fenaux (secrétaire de rédaction adjointe, 02/515.05.85)
- Maryse Van Audenhaege (rédaction, documentation • Franca Tartamella (abonnements).

■ **ADRESSE:** Education Santé,
rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles.
Tél.: 02/237.48.53. Fax: 02/237.33.10.

QUESTION SANTE [A.S.B.L.]

Le Service "Communication Média" vous aide à:

- définir votre stratégie de communication
 - établir votre budget
 - concevoir, réaliser et diffuser votre campagne média
 - réaliser vos outils de communication (dépliants, brochures,...)
 - concevoir et organiser votre campagne de presse.
- **ORGANISATION DE MODULES de formation en communication**
- Communication et créativité en promotion de la santé
 - Décodage de la publicité, de l'information et des médias
 - Médiatisation d'une campagne de promotion de la santé
 - Techniques de réalisation graphique et audiovisuelle
 - Sponsoring et éthique en promotion de la santé
- **BANQUE D'IMAGES SPÉCIALISÉE en promotion de la santé**
- **CONTACTS:** Philippe Mouchet • Patricia Thiébaud
- **ADRESSE:** Question Santé asbl,
rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles.
Tél.: 02/512.41.74 Fax: 02/512.54.36.

- **Règle 1** Je m'adresse à la CLC de Namur. Celle-ci me présente des documents et des références et m'indique d'autres personnes ressources.
- **Règle 2** Ma demande est suffisamment précise et mon projet bien structuré pour que je puisse compléter mon information auprès des services spécialisés (I.C.A.N., Croix-Rouge,...).
- **Règle 3** J'adapte les outils à mon projet.

EXERCICES

- **1.** Je suis infirmière dans une consultation prénatale à Seraing et j'organise des séances d'information pour de futurs parents. Je souhaite réaliser des affiches pour faire connaître mon action au public intéressé (les objectifs, le contenu, le lieu, la date...). Je ne sais pas qui peut m'aider.
- **2.** Je travaille dans un home pour personnes âgées à Bastogne. Je souhaite améliorer le bien-être des pensionnaires, du personnel,... par des actions de promotion de la santé. Que puis-je faire ?
- **3.** Je suis Echevin de la Santé de Limelette. Je souhaite agir en prévention primaire des accidents domestiques. Je veux établir un partenariat pour développer un projet localement. Comment dois-je procéder ?

Consultez les pages suivantes pour trouver les services sur lesquels vous pourrez vous appuyer. Les "solutions" se trouvent à la fin de la brochure, page 30



LA MINISTRE

Madame Laurette Onkelinx, Ministre-Présidente du Gouvernement de la Communauté française, chargée de l'Education, de la Petite Enfance, de la Promotion de la Santé, de l'Aide à la jeunesse, de l'Audiovisuel. Parmi ses compétences: la politique de la santé pour ce qui relève de l'éducation sanitaire, des activités de médecine préventive, de l'Inspection Médicale Scolaire, des Centres Psycho-Médico-Sociaux, des missions confiées à l'Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.) et de l'Académie Royale de Médecine de Belgique.

■ **ADRESSE:** Cabinet de la Ministre-Présidente du Gouvernement de la Communauté française, place Surllet de Chokier, 15-17, 1000 Bruxelles.
Tél.: 02/227.32.11. Fax: 02/218.70.28.

L'ADMINISTRATION

- Elle instruit les demandes de subventions.
- Elle gère le financement et le contrôle budgétaire.
- Elle évalue l'activité des services agréés et des programmes subventionnés et veille à la cohérence des objectifs poursuivis et des moyens mis en oeuvre selon le plan d'activités.
- Elle assure la coordination entre les différents niveaux de pouvoir: Etat fédéral - Communautés - Régions, ainsi que les relations internationales, notamment avec l'Union européenne.
- Elle participe aux travaux de la Cellule Permanente Education pour la Santé.

Communication

Les services aux éducateurs

MEDIATHEQUE DE LA COMMUNAUTE
FRANÇAISE DE BELGIQUE

La collection "Education pour la santé": plus de 300 programmes vidéo choisis en collaboration avec l'APES pour leurs qualités pédagogiques, scientifiques et vidéographiques. Une sélection régulièrement complétée et mise à jour.
Le catalogue-guide: une réflexion sur l'utilisation de l'audiovisuel en éducation pour la santé, des notices vidéographiques complètes et structurées, des fiches d'appréciation pédagogique, des index pratiques; suppléments semestriels.
Un réseau de diffusion de 120 services de prêt à Bruxelles et en Wallonie.

■ **CONTACT:** Eric Vandersteenen, chef de projet.
• Alain Degehet, chef de projet adjoint.

■ **ADRESSE:** MCFB,
Place de l'Amitié 6, 1160 Bruxelles.
Tél.: 02/737.18.11. / 737.19.30. Fax: 02/737.18.88.

A.N.M.C.
REVUE EDUCATION SANTE

Une revue spécialisée en éducation pour la santé, destinée à tous ceux qui s'intéressent à ce secteur en Communauté française de Belgique: personnels médical et paramédical, enseignants, animateurs, assistants sociaux....

Education Santé est publiée dans le cadre de la Cellule de coordination intermutualiste Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes - Union Nationale des Mutualités Socialistes.

■ **CONTACTS:** Christian De Bock (rédacteur en chef)

- **ACCES:** Lun, Me, Ven: 13 à 17h; Ma 12 à 17h;
Jeu: 12 à 19h30 et sur rendez-vous.
- **CONTACTS:** Maria-Antonia Bertrand • Yvette Gossiaux • Patricia Vermeulen • Joëlle Dequesne.
- **DIRECTION:** Prof. Alain Deccache.
- **ADRESSE:** RESO-RESOdoc, UCL, Av. Mounier 50, 1200 Bruxelles.
Tél.: 02/764.56.44 ou 764.56.47. Fax: 02/764.50.74.;
E-Mail: Bertrand @reso.ucl.ac.be

**ASSOCIATION POUR LA PROMOTION
DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (A.S.B.L.) - APES**

Un centre collaborateur de l'École de Santé Publique de l'Université de Liège, spécialisé dans la méthodologie et l'évaluation des actions d'éducation pour la santé.

SES SERVICES:

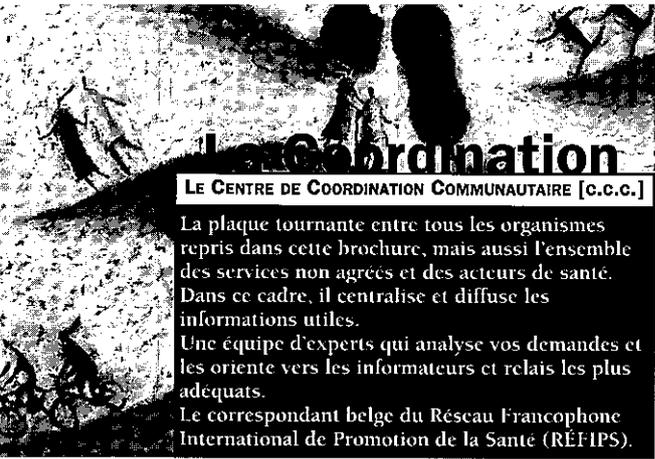
- des conseils, des interventions, des formations.
- **CONTACT:** Marie-Christine Miermans
• des informations, des publications.
- **CONTACT:** Katia Gagliardi (secrétaire).
- **DIRECTEUR:** Michel Demarteau.
- **PRESIDENTE:** Prof. Gilberte Reginster-Haneuse.
- **ADRESSE:** A.P.E.S., Université de Liège,
Sart Tilman Bât. B23, 4000 Liège.
Tél.: 041/66.28.97. Fax: 041/66.28.89.

- **ADRESSE:** Ministère de la Culture et des Affaires Sociales, Direction Générale de la Santé, Service de la Prévention Médico-Sociale, boulevard Léopold II 44, 1080 Bruxelles.
Fax: 02/413.26.13.
- **CONTACT:** Dr. Roger Lonfils (02/413.26.10).

LA CELLULE PERMANENTE EDUCATION POUR LA SANTE

Composée de spécialistes de l'éducation pour la santé, mais aussi de représentants d'organismes actifs sur le terrain, elle est chargée de proposer au Ministre des priorités en matière d'éducation pour la santé et de lui donner un avis en ce qui concerne les programmes d'action et de recherche à subventionner.

- **Président:** Christian De Bock
- **Vice-président:** Cristine Deliens
- **Adresse:** Cellule Permanente Education pour la Santé, Ministère de la Culture et des Affaires Sociales, Direction Générale de la Santé, boulevard Léopold II 44, 1080 Bruxelles.
Fax: 02/413.26.13.
- **Contact:** Jean-Luc Noël (02/413.26.23).



La Coordination

LE CENTRE DE COORDINATION COMMUNAUTAIRE [C.C.C.]

La plaque tournante entre tous les organismes repris dans cette brochure, mais aussi l'ensemble des services non agréés et des acteurs de santé. Dans ce cadre, il centralise et diffuse les informations utiles.

Une équipe d'experts qui analyse vos demandes et les oriente vers les informateurs et relais les plus adéquats.

Le correspondant belge du Réseau Francophone International de Promotion de la Santé (RÉFIPS).

- **POUVOIRS ORGANISATEURS:** une collaboration FARES (Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Éducation à la Santé) - CIMP (Comité Interprovincial de Médecine Préventive).
- **CONTACTS:** Martine Spitaels (assistante sociale, licenciée en éducation pour la santé) • Natacha de Granges (infirmière, licenciée en communication) • Didier Delgoffe (licencié en sociologie) • Fabienne De Vos (documentaliste) • Marie-Carle Nachez (secrétaire).
- **ADRESSE:** Centre de Coordination Communautaire, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles.
Tél.: 02/512.42.23. Fax: 02/512.32.73.



Les services aux éducateurs

Rigueur méthodologique

PROMES - ULB

PROMES a trois objectifs:

- répondre aux besoins de données épidémiologiques et socio-comportementales des éducateurs à la santé;
- inventorier et diffuser les données utiles en éducation pour la santé, principalement via les CLC et la publication de "Santé Pluriel";
- mettre au point un recueil de données de promotion de la santé des adultes ("Sanomètre").

■ **CONTACT:** Nouara Chaoui.

■ **INFORMATISATION:** Patrick de Smet.

■ **DIRECTION:** Danielle Piette.

■ **ADRESSE:** PROMES, Ecole de Santé Publique ULB, route de Lennik 808, CP 596, 1070 Bruxelles.
Tél.: 02/555.40.97 et 555.40.81. Fax: 02/555.40.49.

UNITE D'EDUCATION POUR LA SANTE- RESO-U.C.L.

Unité de l'Ecole de Santé Publique de l'Université catholique de Louvain, ses activités sont la formation, la documentation, la recherche et l'aide méthodologique.

L'objectif de son centre de documentation, RESOdoc, est de fournir à tous une réponse aux besoins en documentation, en promotion de la santé. Collaborant avec près de 30 équipes et services de documentation, belges et internationaux, RESOdoc oriente également les demandeurs de documentation vers les sources pertinentes.

Bibliothèque spécialisée et bases de données documentaires informatisées: consultations sur place ou à distance (par téléphone ou par modem), aide personnalisée, envoi de documentation par fax et courrier.

**FARES - FONDATION
CONTRE LES AFFECTIONS RESPIRATOIRES
ET POUR L'ÉDUCATION À LA SANTÉ**

Le service spécialisé dans la prévention du tabagisme et le sevrage tabagique en Communauté française.

- Il développe des actions pour favoriser des comportements de vie saine au travers du club "Première Génération sans Tabac" (17.000 membres- publications trimestrielles).
- Il fournit des informations utiles, un soutien méthodologique et assure des formations de relais.
- PRÉSIDENT: Prof. Pierre Bartsch.
- DIRECTEUR MÉDICAL: Dr Maryse Wanlin.
- DIRECTEUR GESTIONNAIRE: Michel Pettiaux.
- CONTACTS: Caroline Rasson.
- ADRESSE: FARES, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles.
Tél.: 02/512.29.36 et 512.20.83. Fax: 02/512.32.73.

LES 10 COMMISSIONS LOCALES DE COORDINATION [C.L.C.]

Au travers d'une démarche de travail commune et en s'appuyant sur des outils communs, les CLC:

- mettent à la disposition des relais locaux toutes les informations concernant: les services et programmes communautaires et locaux les documents, stratégies d'intervention, méthodes....
- sont l'interface entre les intervenants locaux et les niveaux communautaires
- coaniment, coordonnent, aident à la mise en place de projets locaux.

- COMMISSION LOCALE DE COORDINATION DE BRUXELLES(couvre les 19 communes de la Région de Bruxelles-Capitale), rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles.
Tél.: 02/512.41.74. Fax: 02/512.54.36.
Contacts: Robert Bontemps • Luciane Tourtier.
- COMMISSION LOCALE DE COORDINATION DU BRABANT WALLON (couvre l'Arrondissement de Nivelles), Bâtiment Folon, chaussée des Nerviens 25, 1300 Wavre.
Tél.: 010/23.60.95. Fax: 010/23.60.84.
Contacts: Viviane Demortier • Anne Geraets.
- COMMISSION LOCALE DE COORDINATION DU HAINAUT-CENTRE (couvre les Arrondissements de Mons et de Soignies), rue Chavée 62, 7100 La Louvière.
Tél.: 064/22.85.84. Fax: 064/22.85.84
Contact: Monique Gosselain.
- COMMISSION LOCALE DE COORDINATION DU HAINAUT-EST (couvre les Arrondissements de Charleroi et de Thuin), avenue Général-Michel 1B, 6000 Charleroi.
Tél.: 071/33.02.29. Fax: 071/31.82.11
Contacts: Viviane Vandenberg • Martine Bantuelle.

■ **COMMISSION LOCALE DE COORDINATION DU HAINAUT-OUEST** (couvre les Arrondissements de Ath, de Mouscron et de Tournai), rue de Cordes 9, 7500 Tournai
Tél.: 069/22.15.71. Fax: 069/23.52.50.
Contact: Véronique Malfrère.

■ **COMMISSION LOCALE DE COORDINATION DE VERVIERS** (couvre l'Arrondissement de Verviers), rue de la Station 13, 4800 Verviers. Tél.: 087/35.15.03.
Contact: Gabrielle Houbiers.

■ **COMMISSION LOCALE DE COORDINATION DE LIEGE** (couvre l'Arrondissement de Liège), Sart Tilman B23, 4000 Liège 1.
Tél.: 041/66.27.97. Fax: 041/66.28.89.
Contact: Carine Lafontaine.

■ **COMMISSION LOCALE DE COORDINATION DE HUY-WAREMME** (couvre l'Arrondissement de Huy-Waremme), Maison de la Santé, chaussée de Waremme 139, 4500 Huy.
Tél.: 085/21.25.76. Fax: 085/21.19.77.
Contact: Benoît Dadoumont.

■ **COMMISSION LOCALE DE COORDINATION DU LUXEMBOURG** (couvre la Province de Luxembourg),
• Centre Provincial de Santé, rue Erène 1, 6900 Marche.
Tél. et fax: 084/31.31.39.
Contact: Reine-Marie Hanoul.
• Centre de Santé, Chaussée d'Houffalize 1b, 6600 Bastogne.
Tél: 061/21.36.71. Fax: 061/21.23.47.
Contact: Rachel Annet

■ **COMMISSION LOCALE DE COORDINATION DE NAMUR** (couvre la Province de Namur), rue Château des Balances 3B, 5000 Namur.
Tél.: 081/74.55.14. ou 081/74.52.06.
Fax: 081/73.11.52.
Contacts: Bénédicte Reginster • Nathalie Loutz.

■ **ADRESSE:** CCAD, rue de Hal 34, 1190 Bruxelles.
Tél.: 02/332.02.92. Fax: 02/332.26.40.
Heures d'ouverture: 9h. - 12h30, 13h - 17h.

**CENTRE COOPÉRATIF
DE LA CONSOMMATION [EX. PROMOCOOP]**

Développe des actions pour favoriser l'usage rationnel des médicaments en veillant à respecter l'intérêt des consommateurs.
Assure la gestion d'un service thématique sur le bon usage des médicaments:

- outils d'information pour différents publics;
- coordination de projets;
- service de documentation ouvert au public; revue de presse mensuelle.

■ **CONTACTS:** Isabelle Montulet • Josette Charles.

■ **SERVICE DE DOCUMENTATION:** Conchita Maya Bravo.

■ **ADRESSE:** Centre Coopératif de la Consommation, rue Haute 28, 1000 Bruxelles.
Tél.: 02/500.52.12. Fax: 02/502.71.61.

FEMMES PREVOYANTES SOCIALISTES

- Informations utiles en éducation à la santé mentale - stress et corps (tranquillisants, sommeil, rythmes de vie...).
- Formation de formateurs dans la communauté éducative (gestion du stress à l'école).
- Création d'outils pédagogiques adaptés (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées).
- Mise en place d'ateliers "Mieux-être": gestion du stress - gym douce - alimentation (manger sans obsession) - diététique.

■ **CONTACTS:** Catherine Spiece • Chantal Massaer.

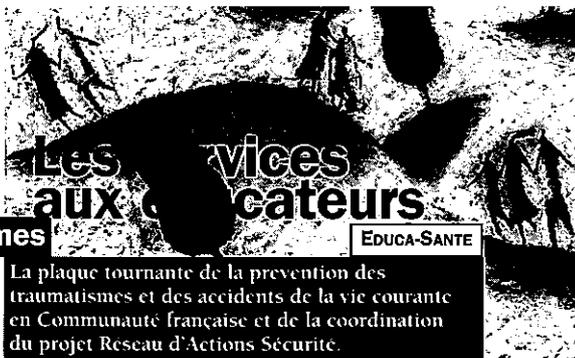
■ **ADRESSE:** Femmes Prévoyantes Socialistes - Service éducation à la santé, Place Saint-Jean 1/2, 1000 Bruxelles.
Tél.: 02/515.04.01. et 515.03.90. Fax: 02/511.49.96.

Heures d'ouverture: du lundi au vendredi, de 9h. à 12h. et de 13h. à 17h., de préférence sur rendez-vous.

**COMITÉ DE CONCERTATION SUR L'ALCOOL
ET LES AUTRES DROGUES - CCAD**

Le service spécialisé dans la prévention des assuetudes, alcool et autres drogues. Au service des centres du terrain et des personnes-relais en vue d'élaborer et de coordonner des programmes de prévention dans les différents milieux de vie: famille, école, milieu du travail, commune, loisirs. ... Trois départements:

- **PRÉVENTION DES ASSUÉTUDES:** coordination, conseils méthodologiques, organisation de formations, élaboration, adaptation et évaluation de programmes de prévention, aide à l'élaboration de projets, information et élaboration de campagnes d'information communautaires.
Jean Michel Colémont (assistant social).
- **BIBLIOTHÈQUE ET CENTRE DE DOCUMENTATION:** bibliothèque scientifique et centre de documentation, livres, articles, revues, outils de prévention, affiches, brochures, vidéos, ...
Consultation sur place, prêt, photocopies.
Dominique Dewind (documentaliste) • Henri Wouters (rédacteur).
- **UNITÉ PERMANENTE D'OBSERVATION SANITAIRE ET SOCIALE:** recueil de données, enquêtes, centralisation et enregistrement des fiches "Première demande de soins" en Communauté française, analyse et publication, participation aux travaux de la Commission de Coordination Intercommunautaire.
Catherine Preumont (psychologue).
- **SECRETARIAT GÉNÉRAL:** Catherine Walla (secrétaire)
 - Guilia Ianiri (employée polyvalente)
 - Patrick De Roose (rédacteur).
- **DIRECTION:** Luc Bils.



Les services aux consommateurs

Thèmes

EDUCA-SANTE

La plaque tournante de la prévention des traumatismes et des accidents de la vie courante en Communauté française et de la coordination du projet Réseau d'Actions Sécurité.

- **CONTACTS:** Luc Burquel (documentation)
 - Yves Dario (L'autre Cirque) • Bernadette Tissot (épidémiologie) • Chantal Vandoorne (formation)
 - Martine Bantuelle (direction, coordination).
- **ADRESSE:** Educa-Santé, avenue Général-Michel 1B, 6000 Charleroi.
Tél.: 071/30.14.48. Fax: 071/31.82.11.

**INSTITUT COMMUNAUTAIRE DE L'ALIMENTATION
ET DE LA NUTRITION - ICAN**

Le service spécialisé pour tout ce qui concerne l'alimentation, la nutrition et l'éducation nutritionnelle.

Son public-cible: intervenants en éducation pour la santé
Ses services:

- Centre de documentation: livres, revues, articles, supports écrits et audio-visuels pour l'éducation nutritionnelle.
- Soutien méthodologique d'une alimentation favorable à la santé.
- Elaboration et diffusion de matériel pédagogique.
- Formation et animation.
- **CONTACTS:** Anny Closset (coordinatrice) • Nathalie Barbason • Joëlle Lacroix • Françoise Martin (diététiciens) • Daniel Beckers (secrétaire).
- **ADRESSE:** ICAN, Quai du Barbou 4, 4020 Liège.
Tél.: 041/44.78.25. Fax: 041/44.77.02.

L'éducation pour la santé en Communauté française de Belgique

Administration

Ministre

Priorités

Avis

Cellule Permanente
Éducation pour la Santé

Priorités

Besoins

Commissions Locales
de Coordination

Brabant wallon

Bruxelles

Hainaut Centre

Hainaut Est

Hainaut ouest

Liège-Wallonie

Luxembourg

Namur

Verviers

Coordination

Centre de Coordination
Communautaire

Coordination

Services
aux éducateurs

Accidents domestiques
(Educa-Santé)

Alimentation (ICAN)
Assuétudes (CCAD)

Audiotvisuel (Médiathèque CFB)

Banque de données (PROMESULB)

Diffusion aux relais (ANMC)

Documentation (RESODOC UCL)

Éducation du patient
(Centre d'Éducation du Patient)

Femmes (Vie Féminine)

Groupes d'entraide (UNMS)
Hainaut (Facultés Namur)

Jeunes en scolaire (Croix-Rouge)

Communication média (Question Santé)

Médicament (Centre Coopératif
de la Consommation)

Méthodologie (APES)

Milieu immigré et/ou peu scolarisé
(Cultures & Santé)

Petite enfance (ONE)

Santé mentale
(Femmes Prévoyantes Socialistes)

Tabac (FARES)

Coordination
géographique

Besoins

Personnes et organismes du terrain actifs en éducation pour la santé

Ecoles - Centres de santé - Médias - Clubs sportifs - Centres culturels - Hôpitaux - CPAS - Services sociaux -
Mouvements d'éducation permanente - Mouvements de jeunesse - Mutualités - ...

Programmes

Programmes

Programmes

Programmes

Programmes

Besoins

Besoins

Besoins

Besoins

Besoins

P o p u l a t i o n

Soutien scientifique
Soutien logistique
Coordination thématique

Besoins