

**Vous cherchez un local à  
Brux-elles?**

**Possibilité de partager bureau et  
matériel! Contactez la Fondation  
pour la Prévention des Allergies,  
au 02/511.67.61.**

**Alimentation**

Dans le cadre de l'Année Européenne des Personnes âgées, l'Institut Communautaire de l'Alimentation et de la Nutrition (ICAN) organise le 24 novembre prochain une journée de sensibilisation du grand public sur l'alimentation des personnes âgées (voir la rubrique "Brèves" du mois passé).

Outre des animations telles que conférences, tables rondes, stands, etc, les organisateurs souhaitent offrir au public la possibilité de participer de manière active à cette journée au moyen de logiciels, de jeux, de concours,... centrés sur l'alimentation.

Ils recherchent donc des programmes informatiques destinés au grand public, éventuellement avec un animateur. Des jeux ayant pour thème l'alimentation sont également les bienvenus, de même que tout matériel permettant de faire de cette journée la fête de la rencontre entre les générations.

Si vous possédez ce type de matériel, merci d'envoyer une description précise accompagnée des conditions de prêt ou de location à l'adresse suivante: Françoise Martin, Institut Communautaire de l'Alimentation et de la Nutrition, Quai du Barbou 4, 4020 Liège. Tél.: 041/44.78.25. Fax: 041/44.77.02.

**Références**

Le bureau de liaison du REFIPS a produit un répertoire de cinquante-sept périodiques francophones voués à la promotion de la santé et au développement des communautés.

Ce répertoire est constitué par tous les périodiques reçus au Bureau de liaison depuis octobre 1991. Il comprend une fiche technique ainsi qu'une copie du sommaire pour chacun des périodiques analysés.

Les périodiques proviennent de Belgique, Canada, Côte d'Ivoire, France, Québec et Suisse.

Ce répertoire coûte 30 dollars canadiens par exemplaire demandé (il est gratuit pour les membres des pays en voie de développement).

*Pour obtenir ce répertoire, vous pouvez envoyer votre bon de commande avec un chèque ou un mandat libellé en dollars canadiens à l'adresse suivante: Bureau de liaison REFIPS, 3958 Dandurand, Montréal, Québec, Canada, H1X 1P7.*

**Cancer**

L'Oeuvre belge du Cancer recherche des bénévoles, tant à Bruxelles que dans ses centres régionaux. Deux tâches leur sont proposées:

- l'accompagnement social et le transport des malades vers les centres de traitements. Ceci suppose la possession d'une voiture et un minimum de disponibilités;
- l'information via la mise à disposition de brochures, d'affiches, tenue de stands, etc... dans divers lieux publics.

L'oeuvre offre à ces bénévoles:

- une formation à l'écoute des malades;
- une assurance;
- le remboursement des frais de déplacement.

*Renseignements: Madame C. Collard, Oeuvre belge du Cancer, rue Royale 217, 1210 Bruxelles, tél. 02/225.82.09, fax 02/225.82.90.*

**Emploi - demande**

Licenciée en Psychologie (Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education de l'Université de Liège, orientation clinique, mémoire "Contribution à l'évaluation de la satisfaction sexuelle du couple dans une perspective cognitivo-comportementale"), ayant une formation en dynamique et pratique de groupes, remplissant les conditions pour être engagée avec un contrat PRIME ou un fonds FBIE.

*Sabine Crochet, rue du Haut-Cortil 1/44, 5190 Jemeppe-sur-Sambre, tél. 071/78.69.10.*

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

Rédacteur en chef:  
Christian De Bock.

Conseiller de la rédaction:  
Jacques Henkinbrant.

Secrétaire de rédaction:  
Bernadette Taeymans.

Secrétaire de rédaction adjoint:  
Robert Bontemps.

Rédaction, documentation,  
abonnements:  
Maryse Van Audenhaege.

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

Editeur responsable: Jean Hallet.

Maquette: Philippe Maréchal.

Composition, photogravure et  
impression: Economat ANMC.

Tirage: 1.800 exemplaires.

Diffusion: 1.600 exemplaires.

Diffusion à l'étranger assurée grâce à  
l'appui du Commissariat Général aux  
Relations Internationales de la Com-  
munauté française de Belgique.

ISSN: 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

Pour tous renseignements  
complémentaires: Education Santé,  
rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles.  
Tél.:02/237.48.53.

Fax: 02/237.33.00 (indiquer ANMC-  
Education Santé comme  
destinataire).

# Education

## SANTÉ

### Réflexions

L'éducation pour la santé aux  
différents âges de la vie

**Présentation**  
par *Colette Schoonbroodt*  
p. 2

Les âges de la vie  
par *Philippe Meire*  
p. 3

**L'âge tendre**  
Espace et éducation pour la santé  
par *Jacqueline Delville*  
p. 5

Finalités et méthodes  
par *Pierre Campagna*  
p. 6

Paroles d'adolescents  
par *Brigitte Sandrin-Berthon*  
p. 7

**L'âge adulte**  
Education pour la santé en  
entreprise: Volkswagen  
par *A. Goret*  
p.9

La santé et l'adulte au travail  
par *Arthur Gélinas*  
p. 10

**Jeûnés**  
La personne âgée  
par *Xavier Leroy*  
p.13

Home Sweet Home  
par *Eric Jauniaux*  
p.15

### Humeurs

L'éducation pour la santé vendue  
aux enchères de la séduction?  
par *Thierry Poucet*  
p.30



A l'initiative des asbl Educa-Santé et Question Santé  
dans le cadre du Réseau Action Sécurité (RAS)

## Prévention des accidents domestiques p.26

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



## 4ème Journée d'Education pour la Santé du RESO

### L'éducation pour la santé aux différents âges de la vie

1993 est l'année de la personne âgée et de la solidarité inter-générationnelle.

Force nous est de constater que les différents âges de la vie n'ont pas encore rencontré les mêmes intérêts de la part des éducateurs pour la santé. Dès lors, dans le cadre de la Journée scientifique annuelle, organisée par l'Unité d'Education pour la Santé de l'UCL le 24 avril dernier, regroupant diplômés et autres praticiens en éducation pour la santé, nous avons réfléchi sur le thème "L'éducation pour la santé aux différents âges de la vie". L'objectif était de dégager les spécificités mais aussi les convergences de l'éducation pour la santé aux différentes périodes de la vie, à savoir l'enfance, la jeunesse, l'âge adulte et le 3ème âge.

La santé, du point de vue de l'épidémiologiste mais aussi des personnes concernées, semble représenter des réalités différentes, des significations différentes selon l'âge et la période de la vie de tout être humain. Etre en bonne santé n'est certes pas la même chose tout au long de l'existence. Prendre le temps de découvrir ces particularités, ces différences et ces ressemblances constitue une base de réflexion en amont des pratiques éducatives.

En outre, nous assistons, dans le développement de l'éducation pour la santé, à un déplacement d'une approche centrée sur les thèmes vers une approche centrée sur le public-cible. L'éducation pour la santé fonde souvent le choix des modes d'approche (contenus, méthodes) sur le public-cible, le repérage des problèmes de santé mais aussi les particularités du public. L'âge, mais peut-être encore plus les styles de vie, les besoins propres à chaque âge, sont des déterminants non négligeables. D'autre part, les périodes du troisième

et du quatrième âge sont encore peu investies par les spécialistes de cette discipline. Bref, nous avons formulé ces quelques questions qui peuvent servir de repère pour nos réflexions:

- Etre en bonne santé à 80 ans désigne-t-il la même réalité qu'à 15 ans?
- Les représentations personnelles et collectives de la santé à 80 ans, pour une personne de 15 ans, de 40 ans, influencent-elles nos attitudes à 15 ans, à 40 ans? Réciproquement, l'image de la santé de la personne âgée qu'une personne avait dans sa jeunesse, influence-t-elle ses comportements aujourd'hui?
- La variable âge ou période de vie détermine-t-elle le mode d'approche, la méthodologie?
- Si l'âge est un déterminant des choix méthodologiques en éducation pour la santé, est-il alors impossible de réaliser des projets pour une communauté inter-générationnelle?

Pour chaque "période de vie", nous avons invité deux spécialistes qui abordaient à la fois l'aspect spécifique de la santé et l'aspect des pratiques éducatives et préventives. Les textes suivants sont les interventions de ces personnes ressources.

L'introduction fut présentée par le Professeur Philippe Meire, psychiatre au service de psychogériatrie de l'Hôpital Saint-Jean. De plus, il pratique à l'UCL comme professeur et consultant au centre de guidance.

Pour aborder la période de l'enfance, deux intervenants:

- le Docteur Jacqueline Delville, professeure aux Facultés Notre-Dame de la Paix à Namur et membre scientifique de l'ONE;
- Pierre Campagna, licencié en éducation pour la santé, qui travaille au

Ministère de la Santé au Grand-Duché du Luxembourg. Il participe également à l'enseignement au RESO.

La période de l'adolescence fut l'objet d'un exposé vibrant de Brigitte Sandrin, médecin et étudiante au RESO. Elle a une expérience de cinq ans en médecine scolaire. Actuellement, elle est responsable du service de santé de la ville de Colombe, banlieue parisienne de 80.000 habitants.

Pour la période adulte et le milieu professionnel:

- le Professeur Arthur Gélinas, professeur à l'Université du Québec à Rimouski et co-responsable d'un projet de recherche-action en entreprise sur la prévention des maladies cardio-vasculaires;
- le Docteur Goret, médecin du travail et chef de service médical chez Volkswagen à Bruxelles. Il a une expérience de 14 années.

Enfin, la période du troisième et quatrième âge a été abordée par:

- le Professeur Xavier Leroy, professeur à l'UCL et directeur au RESO, particulièrement intéressé par la recherche en gérontologie, dans le cadre du CRIV (Centre de Recherche Interdisciplinaire sur le Vieillessement);
- Eric Jauniaux, responsable d'Infor Santé Nivelles. Depuis 4 ans, il travaille aux Mutualités Chrétiennes, où il développe des campagnes thématiques en éducation pour la santé et gère le centre de documentation d'Infor Santé pour le Brabant wallon.

Dans le prochain numéro d'Education Santé, une importante bibliographie commentée sur le sujet vous sera proposée.

Colette Schoonbroodt, assistante RESO-UCL ■

## Formation

Namur

**30 septembre, 14 et 28 octobre, 18 novembre, 2 et 9 décembre 1993**

Le service aux éducateurs de Vie Féminine organise une formation de formatrices relais santé, en 6 journées:

- le 30 septembre: plantons le décor
- le 14 octobre: corps sous influences
- le 28 octobre: l'exercice physique au quotidien
- le 18 novembre: corps en mouvement, un pilier de la santé
- le 12 décembre: se former à l'animation
- le 9 décembre: passe à l'action pour favoriser l'exercice physique au quotidien.

Lieu: Maison du travail, Place l'Illon 17, 5000 Namur.

Renseignements: Colette Leroy, rue de la Poste 111, 1210 Bruxelles, tél. 02/217.29.52.

## Famille

Rixensart

**9 octobre 1993**

L'équipe "Vieillir autrement" du Centre de consultations conjugales et familiales de Braine L'Alleud organise une journée d'information et d'échange sur le thème "Famille et individu: liens et indépendances".

Lieu: Ferme de Froidmont à Rixensart. Prix: 850FB (repas compris).

Renseignements et inscriptions: 02/384.82.24 tous les matins de 9 à 12 heures.

## Assuétude

Liège

**18 au 20 octobre 1993**

Première Conférence européenne des intervenants en toxicomanie: "Convergences et divergences des modèles de prévention et de soins".

Quelques thèmes d'exposés:

**Le 18 octobre**

- Evolution des politiques et représentation de la drogue en Europe
- Analyse et confrontation des modèles d'intervention en toxicomanie en Europe

**Le 19 octobre**

- Conception des soins et valeurs sociales
- Interdits et éthique sociale

Quelques thèmes d'ateliers:

**Le matin**

Formation et compétence des intervenants en toxicomanie  
Toxicomanie au temps du sida  
Recherche épidémiologique, sociologique, clinique, neurophysiologique  
La dimension socio-éducative  
Les pratiques de réduction des risques

**L'après-midi**

Prévention et répression  
Libéralisation: son influence sur la prévention et le soin

**Le 20 octobre**

- La prévention des toxicomanies: méthode et placebo

Ateliers:

Campagnes médiatiques de prévention

Prévention primaire éducative et informative

Prévention communautaire et participative

Renseignements: Association belge francophone des Intervenants en Toxicomanie (AFIT), boulevard d'Auroy 86, 4000 Liège, tél. 041/23.47.98, fax 041/22.27.74.

## Santé - Milieu défavorisé

Paris

**21 et 22 octobre 1993**

10ème Congrès du Secrétariat Européen des Pratiques de Santé sur "La santé des banlieues".

Renseignements: secrétariat du Comité d'Organisation du Congrès, 23 rue de Saint-Petersbourg, 75008 Paris..

## Santé publique

Bruxelles

**22 et 23 octobre 1993**

3ème Symposium de la Santé Publique, organisé par l'Association belge de Santé Publique.

Quelques interventions choisies dans un programme fort alléchant:

**Vendredi 22 octobre 1993**

- Les inégalités sociales en santé, Prof. M. Marmot (Londres);
- Tendances en mortalité et morbidité coronarienne à Gand et Charleroi;
- Programme de vaccination: une nécessité pour la Communauté française?;
- Les pratiques préventives en médecine générale: comparaison de trois échantillons de praticiens de première ligne;
- Vieillessements d'hier et d'aujourd'hui: des projections quantitatives aux variations qualitatives;
- Impact des conditions économiques et sociales sur la santé des personnes du troisième âge;

**Samedi 23 octobre**

- La prévention: le rôle de l'individu, des médecins et de l'Etat, Prof. C. Got, Paris;
- Les données récoltées par les services de médecine scolaire sont-elles correctes et pertinentes?;
- L'usage de médicaments par les adolescents belges. Facteurs démographiques, comportementaux et état de santé;
- La consommation de drogues illicites et le mode de vie des jeunes écoliers en Belgique: différences nord-sud;

...  
La coordination du Symposium est assurée par M. Ribourdouille, Ecole de Santé Publique ULB, route de Lennik 808, CP 595, 1070 Bruxelles, tél. 02/555.40.46, fax 02/555.40.49.

## Santé publique

Anvers

**25 au 27 octobre / 28 au 30 octobre 1993**

Conférence internationale Environnement et Santé Publique, suivie du forum international City 93 (Environnement urbain, aspect social et santé dans les villes).

Renseignements: Conference Secretariat EPH/City 93, Community Health Services, Uitbreidingstraat 506, 2600 Antwerp, tél. 03/230.92.32 fax 03/230.16.44.

telles que l'âge, le niveau d'instruction, l'engagement religieux et la région d'habitation en Belgique?

- dans quelle mesure cela dépend-il des conditions de vie et du profil relationnel de la femme belge, comme, par exemple, le nombre de partenaires avec lesquels elle a (eu) des rapports sexuels, l'état civil, le nombre d'années de mariage, le nombre d'enfants et le désir d'avoir des enfants?

Ce livre est un outil de référence sur nos comportements en matière de contraception et de sexualité qu'on ne peut que recommander aux intervenants en matière d'éducation sexuelle et affective. Soulignons aussi l'intérêt de ce livre pour les intervenants auprès d'adolescents: même s'il n'est pas spécifique au public adolescent, ce livre nous parle aussi des jeunes filles face à la sexualité et à la contraception.

On se découvre et on découvre les autres... Bref, un document passionnant!

A. VISSER, A. GEERAERT et Ph. LEHERT, *Sexualité et contraception, Les relations dans le couple en Belgique, De Boeck - Université (coll. Savoirs et santé)*, 173 p., 870 FB.■

## ■ L'oeil en questions

L'oeil, pierre précieuse de notre visage, support du regard, vecteur essentiel de la communication: ne dit-on pas qu'un seul regard suffit pour tomber amoureux? Le regard peut à lui seul exprimer toute la gamme des sentiments humains ("le reflet de l'âme").

Mais, pour revenir un peu sur terre, l'oeil est fragile, il peut être atteint par toutes sortes d'affections, des troubles héréditaires aux troubles acquis de la vision, en passant par divers traumatismes et maladies.

Un nouveau livre de la collection "Santé mode d'emploi", chez Flammarion fait le tour de la question, de façon très technique (et sans aucune poésie!).

A partir de quel âge les enfants peuvent-ils être concernés par des troubles de la vision? Quels sont les signes qui doivent alerter leurs parents? Quand et qui consulter?

Quand faut-il s'inquiéter devant un oeil rouge, des yeux qui piquent ou qui larmoient?

Quelle est la différence entre la myopie, l'astigmatisme et la presbytie? Qu'est-ce qu'un glaucome, une cataracte, un décollement de la rétine? Quels sont les traitements appropriés?

Toutes ces questions sont évoquées par l'auteur qui fait le point sur les moyens permettant de remédier aux troubles visuels, la prévention, les traitements les plus récents et surtout sur les indications des nouvelles techniques chirurgicales et du laser.

BOKOBZA Y., *L'oeil en questions. La santé de vos yeux*, Paris, Ed. Flammarion, 1993, (Santé mode d'emploi), 194 pages, 99FF.■

## ■ Naissance d'un enfant handicapé

**Quand les parents et les professionnels se découvrent partenaires...**

Le choc de l'annonce du handicap de l'enfant dépassé, les familles ont à accomplir un long chemin vers un nouvel équilibre.

Comment les parents peuvent-ils traverser les difficultés qui les attendent et retrouver une vie plus harmonieuse?

Les professionnels de la santé peuvent-ils faciliter cette démarche de réorganisation?

Comment parents et professionnels peuvent-ils devenir partenaires?

Telles sont les questions qui sont à l'origine de cet ouvrage.

Celui-ci trouve ses fondements dans l'analyse approfondie de 12 entretiens avec des parents de jeunes enfants trisomiques.

L'auteur a, cependant, souhaité laisser une place à son expérience de mère d'un jeune enfant polyhandicapé et de professionnelle de la santé.

Quelle gageure que de vouloir parler le langage de la "raison" par la rigueur et l'analyse, tout en laissant une place à celui du coeur! C'est pourtant la réalité à laquelle parents et professionnels de la santé sont confrontés. C'est donc à eux que s'adresse cet ouvrage.

Violaine VAN CUTSEM, *Naissance d'un enfant porteur d'un handicap: quand les parents et les professionnels se découvrent partenaires...*, Editions AP3, 76 p.

Si ce livre vous intéresse, vous pouvez le commander en versant 400 FB à l'AP3, rue de la Croix de Malte 25, 1400 Nivelles, compte n° 210-0363730-32 avec la mention "Annonce du handicap" et en indiquant clairement votre nom et adresse.■

## ■ Adolescence

**Identités, santé, société**

La santé des jeunes de 15 à 24 ans échappe au pouvoir descriptif des indicateurs classiques.

D'abord parce qu'il est difficile de définir rigoureusement ce qu'on entend par adolescence: le passage de l'enfance à l'âge adulte, certes, mais encore, cette période plus ou moins longue où se définit l'essentiel d'une personnalité.

Puis parce que l'idée même de santé renvoie, chez les adolescents, à des préoccupations moins sanitaires que sociales et morales: le bonheur, l'amitié, les copains, la liberté, sont les mots qui forgent, à leurs yeux, la nouvelle identité de la santé.

Enfin, parce qu'il existe un malentendu fondamental entre les jeunes et le système de santé. Pour celui-ci, l'adolescent apparaît en négatif, comme un individu à risque, pour lui-même et pour les autres, risques constitutifs de la fameuse crise de l'adolescence.

Mais pour ceux-là, si crise il y a, dans leur tête et dans leur corps, dans leurs relations avec l'environnement, et hors les facteurs hormonaux, c'est qu'elle est due à l'école inadaptée, l'insertion plus difficile dans la vie active, les relations plus complexes avec l'entourage social et familial, la sexualité contrariée par les préservatifs.

La santé à l'adolescence renvoie donc aux maladies de la société.

Les contributions de ce numéro de "Prévenir", éclairées d'une enquête menée auprès d'un millier d'adolescents et d'un ensemble de témoignages, sont guidées par une préoccupation pratique: comment combler le fossé qui existe entre les problèmes révélés par les adolescents et les actions préventives ou curatives mises en oeuvre.

Adolescence - Identités, santé, société, *Revue Prévenir*, n° 23, 1992, 191 p., 130 FF. L'adresse: Prévenir - CVM BP 92, 13362 Marseille Cedex 10.■

## ■ Les âges de la vie

**A la vivante mémoire du Professeur André Lambert**

*Il y a un temps pour tout, un temps pour toute chose sous le ciel:*

*un temps pour naître, et un temps pour mourir;*

*un temps pour planter, et un temps pour arracher;*

*un temps pour tuer, et un temps pour guérir;*

*un temps pour abattre, et un temps pour bâtir;*

*un temps pour pleurer, et un temps pour rire;*

*un temps pour se lamenter, et un temps pour danser;*

*un temps pour jeter des pierres, et un temps pour en ramasser;*

*un temps pour enlacer, et un temps pour s'y soustraire;*

*un temps pour chercher, et un temps pour perdre;*

*un temps pour garder, et un temps pour jeter;*

*un temps pour déchirer, et un temps pour coudre;*

*un temps pour se taire, et un temps pour parler;*

*un temps pour aimer, et un temps pour haïr;*

*un temps pour la guerre, et un temps pour la paix.*

*Ecclésiaste, III, 1-8.*

## ■ La santé pour tous en l'an 3000...

Le sujet des "âges de la vie" me paraît significatif d'un renouvellement des perspectives sur la santé de l'être humain. Ce thème nous introduit à une dimension radicalement différente des métaphores mécanicistes ou cybernétiques de l'organisme et de la personne.

Pendant longtemps, la biologie et la médecine nous ont habitués à considérer les êtres vivants comme des machines, fussent-elles complexes et perfectionnées, voire des organisations "bio-psycho-sociales" suivant la

terminologie désormais en usage pour parler des êtres humains. Il en devient presque surprenant d'entendre parler à nouveau des âges de la vie.

En effet, ce langage n'appartient pas à celui des machines et des ordinateurs, alors qu'en général nous usons et abusons de ce type de métaphores du corps et du psychisme. Des expressions telles que "mon ordinateur est en pleine adolescence", "mon réfrigérateur a atteint sa phase de maturité" ou "ma voiture retombe en enfance", paraissent difficiles à utiliser dans la conversation courante...

C'est de bonne augure: sans doute touchons-nous là à une des spécificités de la vie. La réflexion sur "les âges de la vie" peut donc nous aider à prendre distance des puissants réductionnismes qui ont contaminé nos conceptions du vivant en général, et de la santé en particulier. Insidieusement, on en est arrivé à comprendre la santé comme l'état d'une machine où tout fonctionnerait parfaitement, de manière implacablement régulée.

De là, l'incroyable définition de la santé, proposée par l'O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé): un état de bien-être complet physique, psychique et social. Cette définition correspond à l'idéal de la machine en parfait état, n'ayant pas besoin de se développer pour tenter de combler ses manques ou son défaut d'existence et ne risquant pas de vieillir inéluctablement.

En outre, on a poussé le ridicule jusqu'à proposer l'idéal de cet "anthropoïde perfectus" comme un objectif pour l'humanité de l'an 2.000! Il faudrait se hâter car on n'a pas encore rencontré un seul "hominien" de ce nouveau type, l'homo "sapiens" n'étant jamais assez sage pour s'estimer longtemps dans un état de complet bien-être physique, psychologique et social. Je suis même prêt à parier qu'en l'an 3.000, l'O.M.S. sera encore loin du but...

Certes, il ne s'agit pas de combattre ou de minimiser les efforts immenses entrepris pour rendre la vie un peu moins dure. Chaque victoire gagnée contre la

maladie et la souffrance a une valeur inestimable. Les succès obtenus sont magnifiques et spectaculaires mais ils restent aussi relatifs. Cependant, ils semblent avoir enivré les esprits qui ont oublié que, fondamentalement, toute médecine sera toujours quelque peu "palliative", cherchant à adoucir les souffrances les plus grandes et améliorer tant que faire se peut la qualité d'une vie nécessairement imparfaite et précaire...

Il était une époque, sans doute trop modeste et donc "dépassée", où l'on pensait que l'homme était un "animal malade" et que son existence, comme celle de toute la nature d'ailleurs, mais de manière encore plus radicale, semblait frappée d'un mal mystérieux et profond au point que la santé intégrale apparaissait au mieux comme un point d'horizon, une visée jamais accessible mais orientant et polarisant toute existence. Cet horizon inaccessible s'appelait le "salut", terme duquel a dérivé progressivement le mot "santé".

## ■ Le voyage de la vie

La sagesse populaire, contenue dans la langue quotidienne, ne le sait-elle pas quand elle fait demander dans ce "salut" en début de chaque rencontre: "Ca va?". En d'autres mots, continues-tu à cheminer? Chacun sait bien que lorsque nous répondons, même avec franchise, par un "Ca va bien" plus ou moins enthousiaste, cela ne veut pas dire que nous soyons arrivés au parfait bien-être et au Nirvana des technocrates de l'an 2000. Quand c'est dur de cheminer, quand les obstacles sont nombreux, on répondra parfois: "On fait aller...". Ce n'est vraiment que lorsque c'est trop dur et qu'on appelle au secours pour ne pas être lâché par la caravane, qu'on osera peut-être avouer que "cela ne va pas...".

Cependant, cette conception apparemment ancienne et passéiste est actuellement redécouverte par des disciplines aussi différentes que la psychanalyse ou la biologie théorique. Le concept d'une vie sans manque et parfaitement "bouclée" leur apparaît

comme un mythe, qui peut d'ailleurs s'avérer dangereux et destructeur.

Dans ces perspectives, la vie apparaît plutôt comme un cheminement toujours recommencé, ne pouvant échapper à une instabilité fondamentale. La vie est mouvement et transformation, redécouvrent les biologistes. Ils se retrouvent avec les psychanalystes pour parler d'histoire, d'étapes et d'évolutions parfois imprévisibles.

En particulier, l'existence humaine voit le défaut d'existence redoublé par la division entre expérience et langage. L'aventure de l'homo "sapiens" en devient d'autant plus extraordinaire mais aussi problématique et incertaine. Chacun s'arrange comme il peut avec son "mal-être" physique, psychique et social qui le fait fuir en avant.

Dans ce voyage de l'existence humaine, il y a des étapes plus ou moins bien reconnues: les âges de la vie. Chaque étape peut être l'occasion de découvrir un autre point de vue sur l'horizon mais la pire des maladies serait de se cacher la distance qui sépare le marcheur de l'horizon...

Depuis toujours, de nombreux auteurs ont parlé de ces étapes de la vie et les images d'Epinal représentaient déjà l'échelle des âges de la croissance au déclin. De manière presque anachronique dans la deuxième partie de ce XXème siècle, deux livres, à notre connaissance, se sont encore intitulés: "les âges de la vie". Le premier est d'un théologien, Romano Guardini (1), le second est d'une romancière, Christiane Singer (2). Malgré l'origine de leur nom, l'un est allemand et l'autre est française. Ces deux "émigrés" nous parlent du voyage de la vie. Nous empruntons ici les premières pages du beau livre de Christiane Singer:

*"Nous sommes tous des gens du voyage. Et ce voyage est la vie. Nous traversons l'un après l'autre des pays où les perspectives et les aventures ne se comparent pas entre elles, où change jusqu'à la perception que nous avons des êtres, des choses, du temps et de l'espace. Ces pays ont leurs villes, leurs campagnes, leurs monts, et leurs mers - et les cols vertigineux qui les séparent en font des territoires autonomes dont l'exploration successive constitue l'existence humaine. Cette traversée, nous ne l'effectuons pas seuls, mais, bon gré mal gré, avec la ca-*

*ravane de la génération avec laquelle nous nous sommes mis en marche et dont les rangs iront s'éclaircissant jusqu'au terme. Tantôt pleine d'ardeur, elle nous porte de son élan; tantôt rétive et incertaine, elle nous grève de son anxiété.*

*En route, nous croisons d'autres caravanes, venues d'autres âges - et ces haltes ou ces bouts de chemins filés ensemble sont autant de chemins exaltants. Nous nous attardons au récit de ces voyageurs évoquant des lieux que nous avons connus autrefois et dont chaque détail nous attache - ou des contrées dont nous ne savons rien encore, sinon la crainte ou la fascination que lèvent en nous les mots.*

*Certains épisodes du périple créent une illusion passagère de sédentarité. Pour un pays que nous quittons plein d'impatience, il en est d'autres où nous eussions aimé nous attarder - et où l'arrêt d'expulsion, lorsqu'il nous atteint nous met au désespoir. Le tragique aussi fait partie du viatique. Et quiconque tente de l'esquiver en fixe la brûlure.*

*Une révélation guette celui qui avance le cœur et les yeux ouverts - sans précipitation et tant qu'il se peut sans regret. Après s'être vu dépouillé en chemin de ce qu'il avait un temps possédé, le voilà bientôt, à sa grande surprise, comblé d'autres biens, dont il ne soupçonnait, jusqu'alors ni l'existence ni le prix. Il apprend - et sa reconnaissance alors n'a pas de bornes - que rien ne lui est ôté en cours d'existence, sans qu'autre chose d'aussi précieux ne lui soit donné en contrepartie.*

*Celui qui n'a pas reconnu que la vie est incessante métamorphose n'aura pas sa part du miracle. Etranger, tant au pays qu'il traverse qu'à celui qu'il convoite, il se verra, tout comme la femme de Loth qui rechignait aussi à avancer, transformé en statue de sel." (3)*

La vie est bien voyage et exploration. Malgré nos villes et nos autoroutes, nous restons des caravaniers aux parcours incertains. Peut-être le début de la santé est-il de consentir à ce cheminement plus ou moins chaotique et surprenant. La pire des souffrances n'est-elle pas de refuser cette destinée et de penser arriver à des destinations bien précises comme dans les tours organisés?

Ce cheminement est non seulement permanent, il est aussi unique, même

si des contrées et des paysages semblables sont traversés. Certes, il est possible de décrire des étapes obligées, de transmettre quelques secrets sur les oasis rafraîchissantes ou les pièges à éviter. Peut-être est-ce cela qu'on pourrait appeler le début de l'éducation à la santé?

Mais ces itinéraires, plus ou moins balisés, sont toujours imparfaits, dépassés ou insuffisants. Plus que d'une instruction, il s'agit sans doute de donner l'envie de faire le voyage et de le continuer malgré les imprévus. Même la maladie peut enseigner. Je cite encore Christiane Singer:

*"Parmi nous, seuls, peut-être, ceux qui ont eu la chance de traverser d'arides et longues maladies peuvent avoir quelque idée de ce dont il est question ici. Notre idéal contemporain de santé inébranlable, bétonnée comme un blockhaus, y révèle sa dérision. Car la maladie seule peut encore, dans nos vies distraites, opérer la rupture fatidique: la fulgurante découverte d'un monde qui, surgi de l'ombre et de la souffrance comme hiérophanie, n'ira désormais plus de soi." (4)*

La santé n'apparaît plus dès lors comme un état mais comme une capacité de continuer, de remettre en mouvement et de redonner du sens à l'aventure jusque dans sa dimension d'échec.

On ne peut trop parler de la santé en termes d'harmonie, de globalité et de positivité si cela mène à négliger le caractère tragique que ressent toute subjectivité devant l'existence. La leçon des "âges de la vie" n'est-elle pas que chaque âge est affronté à cette difficulté de vivre et peut témoigner de ses valeurs, sans considérer le cycle de vie comme l'accomplissement d'un programme débouchant sur une intégrité illusoire...

Si ces perspectives sont vraies, éduquer, ce n'est pas seulement instruire mais c'est surtout accompagner, respecter et soutenir un trajet unique et

1) R. Guardini, *Les âges de la vie*, trad. fr. Paris, Ed. du Cerf, 1976

2) C. Singer, *Les âges de la vie*, Paris, Albin Michel, 1984.

3) C. Singer, *op. cit.*, p. 11-13.

4) C. Singer, *op. cit.*, p. 106.

## Les cheveux et la vie

Le cheveu, "ce poil particulier qui recouvre le crâne dans l'espèce humaine..." (Litré), Danièle Pomey-Rey, dermatologue et psychologue, le connaît bien: depuis des années, elle s'attache à soigner les personnes, hommes et femmes, venues la trouver pour des problèmes d'alopécie ou de calvitie totale. Elle a compris au travers de sa pratique pourquoi les malheurs de nos cheveux pouvaient être un si lourd souci.

Ses recherches dans l'art et la littérature de tous les temps lui ont fait comprendre qu'à toutes les époques, la chevelure a symbolisé la vie: elle est symbole de puissance, de force vitale (souvenez-vous de Samson et Dalila...), de séduction. Chevelure, puissance et sexualité sont également toujours étroitement liés.

Après ce chapitre plein d'érudition, nous entrons dans le vif du sujet en passant en revue les composantes du cheveu et les causes principales de ses malheurs: l'auteur nous dit ainsi qu'il y a bien sûr des causes essentiellement physiologiques à la chute des cheveux (accouchement, ménopause, prise de certains médicaments, chimiothérapie anti-cancéreuse), ou des problèmes héréditaires. Mais il existe d'autres causes, plus psychologiques celles-là, à certaines alopecies: deuil, choc nerveux, accident, dépression, problèmes d'identification de soi... L'auteur décrit divers cas qu'elle a elle-même traités. Elle va très loin dans l'approche psychanalytique de ces cas.

Elle passe ensuite à des traitements plus concrets, traitements locaux, traitements de fond ou même chirurgie, avant de revenir à nouveau à la psychothérapie analytique. Enfin, un dernier chapitre parle des soins quotidiens des cheveux.

Un livre assez passionnant, fort bien écrit, rempli de références culturelles et artistiques. Pour preuve l'une des dernières phrases du livre, dans le texte parlant des cheveux des enfants: "Nous avons noté l'intérêt que les Egyptiens portaient à la chevelure. Il y a deux mille ans, sur les bords du Nil, jeunes garçons et jeunes filles réunis-

saient leurs cheveux, à droite du visage, en une longue mèche bouclée. C'est cette mèche qui est la représentation hiéroglyphique du mot 'enfant'".

POMEY-REY D., *Les cheveux et la vie*, Paris, Bayard Editions, 1993, 198 pages, 110FF.■

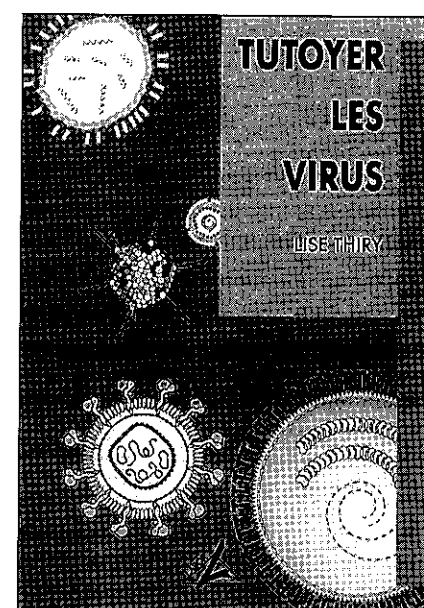
## Tutoyer les virus

Hors d'atteinte des antibiotiques, puissants contre le vivant, les virus passionnent et impressionnent. Les cent sortes de rhumes, la rage, les hépatites, le sida... mais aussi les ingénieux et secourables virus vaccinaux, les adénovirus domestiques et désormais fidèles serviteurs de l'homme...

En les tutoyant, Lise Thiry nous familiarise avec chacune de ces grandes familles redoutables et fascinantes. Sans complaisance mais avec une grande clarté, elle écrit ici un bel ouvrage de vulgarisation sur ces "petites bêtes" parmi les plus inventives, les plus précieuses et les plus redoutables qui nous habitent aujourd'hui.

Chaque type de virus est exposé à notre intelligence de profane, nous laissant apparaître qu'avec l'informatique, la virologie peut être considérée comme une des grandes découvertes des sciences contemporaines.

THIRY L., *Tutoyer les virus*, Ed. Labor, La Science approuvée, 1993, 575FB.■



## Sexualité et contraception

Ce livre constitue le rapport d'une enquête réalisée en Belgique chez des femmes âgées de 15 à 45 ans que l'on a interrogées au sujet du mode de contraception qu'elles utilisaient et de leur attitude à l'égard de cette contraception. Cette enquête fait partie d'une série d'études menées par l'International Health Foundation sur le comportement en matière de contraception dans divers pays d'Europe.

Les données belges présentées dans ce rapport ont été recueillies en 1989; elles donnent une vue d'ensemble de la situation qui prévaut actuellement en ce qui concerne les méthodes contraceptives utilisées dans notre pays et la manière dont elles sont perçues. En outre, il est possible, en se basant sur cette étude, de se faire une idée des facteurs qui déterminent le comportement et l'attitude vis-à-vis des contraceptifs, facteurs relevant des caractéristiques fondamentales personnelles (âge, niveau d'études, profession, engagement religieux), du comportement sexuel, de la situation maritale et familiale.

Le rapport s'intéresse également aux différences existant de ces points de vue, entre les femmes de Flandre, de Wallonie et de Bruxelles.

Cette recherche tente de répondre à 4 grands problèmes:

- dans quelle mesure et de quelle manière les femmes belges essayent-elles d'assurer leur contraception au début des années '90? Quelles modifications sont intervenues dans ce domaine au cours des dernières années et en quoi la contraception en Belgique diffère-t-elle de celle qui se pratique dans d'autres pays européens?

- quels sont le niveau de connaissance et l'attitude des femmes belges concernant la contraception; quelles sont les sources d'information importantes pour ces femmes, et dans quelle mesure la connaissance, l'information reçue et l'attitude sont-elles liées au mode de contraception choisi?

- dans quelle mesure l'utilisation des contraceptifs est-elle influencée par les caractéristiques socio-démographiques



# Lu pour vous

## ■ L'éducation pour la santé à l'école primaire

Les auteurs, Nathalie Loutz et Altay Manço, nous proposent une approche critique de la situation en Communauté française de 1980 à nos jours.

Leur objectif est de dégager, grâce à une bibliographie disponible, les axes directeurs de la politique générale de l'éducation pour la santé et de son application particulière au sein de l'enseignement primaire.

Mission accomplie puisque ce numéro 223 des Cahiers du GERM nous apporte les éléments d'analyse utiles à une réflexion concernant l'éducation pour la santé à l'école primaire.

Ce travail est placé dans une perspective temporelle: en effet, l'intérêt pour une éducation à la santé spécifique au milieu scolaire remonte à une vingtaine d'années et l'analyse des pratiques au cours de ces dernières années témoigne de l'évolution d'une éducation sanitaire normative vers une approche plus globale et positive de la santé.

Le parcours proposé est le suivant:

- tout d'abord, une description et analyse de l'organisation de l'éducation pour la santé au sein de l'enseignement primaire: qui sont les acteurs, y a-t-il une politique globale de l'éducation pour la santé à l'école?

- suivie par un panorama des pratiques réalisées par l'école seule ou en partenariat;

- pour se terminer par une approche critique de la situation ainsi que des propositions pour une pratique positive à l'école.

Comme l'affirme Danielle Piette dans l'avant-propos, ce document peut servir de base de discussion autour de la question "quelle éducation pour la santé dans les écoles primaires pour quels jeunes demain?"

Ce travail de recherche est agréablement complété par 4 contributions plus concrètes qui éclairent et illustrent les propos tenus: l'expérience d'élèves de 7ème professionnelle (section "éducateur sanitaire") du quartier de Cureghem, les animations-santé des assistantes sociales de la maison médicale Norman Béthune

auprès des enfants du quartier, les portraits de santé réalisés par les enfants et présentés par Jean Laperche, une discussion sur les embûches de l'éducation pour la santé à l'école par M. Meersseman.

A lire par tous les intervenants de l'éducation pour la santé (spécialistes ou non) en école primaire.

N.LOUTZ et A.MANÇO, *L'éducation pour la santé à l'école primaire, approche critique du cas de la Communauté française de Belgique (de 1980 à nos jours)*, Les Cahiers du GERM, IV/1992, numéro 223, 250 FB.■

## ■ Forum Self-Help

Le 13 mars dernier, un Forum des groupes d'entraide avait lieu, à l'initiative de la Cellule intermutualiste Union Nationale des Mutualités Socialistes - Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, dans les locaux de l'UNMS. Divers professionnels et experts de l'entraide y étaient présents, ainsi que de nombreux membres de groupes d'entraide.

Les actes de ce forum sont sortis. On y retrouve successivement les exposés d'Alain Deccache sur la situation du self-help en Communauté française, de Peter Gielen sur le rôle d'un centre de coordination, à l'exemple du Trefpunt en Flandre, et celui du Docteur Bradfer sur les relations entre les groupes d'entraide et les professionnels de la santé.

Divers membres de groupes d'entraide ont ensuite apporté leurs témoignages, dont les actes font la synthèse. Vient enfin la synthèse des ateliers: création des groupes d'entraide; point forts et difficultés dans les groupes d'entraide; relation avec les professionnels de la santé; essaimage et médiatisation - aide au développement des groupes d'entraide; "management" d'un groupe d'entraide: méthodes de travail, organisation.

### Une association

Suite au forum, les partenaires du groupe de travail se sont constitués en association de fait appelée "Forum

self-help". Il s'agit des Mutualités Socialistes, des Mutualités Chrétiennes, de Question Santé, et des Groupes du Pélican. En sont également membres Aristide Steinhart, vice-président de l'Association Parkinson, Martine Dupont, auteur d'un dossier sur les groupes d'entraide et Jean-Paul Van Keerberghen, un journaliste qui suit de très près cette problématique.



### Un répertoire

Fruit du travail de préparation du forum, le répertoire des groupes d'entraide a été remis à jour (la version précédente datant de 1991).

Les groupes répertoriés y sont classés suivant six subdivisions:

1. Maladies
2. Suites d'opération
3. Dépendances
4. Handicaps
5. Troubles du comportement
6. Situations particulières (par exemple: chômage, inceste, homosexualité, stérilité, parents d'enfants décédés...).

Une série de pictogrammes renseignent l'action spécifique de chaque groupe: information, entraide mutuelle, action sociale, réinsertion, soutien individuel, activité de réadaptation, aide psychologique, aide médicale, aide sociale, aide financière, aide matérielle.

Les Actes du Forum et le Répertoire des groupes d'entraide sont disponibles gratuitement à l'U.N.M.S. Service Promotion de la Santé, rue Saint-Jean 32-38, 1000 Bruxelles, tél. 02/515.05.85.■

personnel, une subjectivité qui est si volontiers prête à se démettre et s'abandonner. On ne donne pas l'autonomie mais on peut la respecter ou la brider, en participant plus ou moins aux exigences de cette aventure commune de notre humanité.

Comme le propose Henri Atlan (5), la grande erreur de nos sociétés est sans doute d'avoir confondu instruction et éducation. L'accumulation des connaissances ne suffit pas et ne saurait tenir lieu d'un projet éthique et d'une éducation à la "virtus". Ne faut-il pas imaginer une sorte de compagnonnage, comme au temps des cathédrales?

L'éducation à la santé ne risque-t-elle pas les mêmes errements à son tour? Les programmes et les formations ne suffisent pas. Comment retrouver le goût des "secrets de l'art de vivre" et redonner du sens au voyage plutôt que des itinéraires? Ainsi, chacun sait bien que lorsque quelqu'un a vraiment décidé d'arrêter de boire ou de fumer, toutes les méthodes sont bonnes. La grande question est de transmettre ce goût d'une vie meilleure et de créer collectivement cet art de vivre.

Eduquer à la santé en tenant compte de la leçon des âges de la vie serait au moins autant partager un projet éthique que transmettre un savoir.

Pour conclure par une nouvelle métaphore du voyage, je citerais volontiers, à la suite de Lucien Israël (6), ce vers de Saint-John Perse:

*"et si un homme auprès de nous vient à manquer à son visage de vivant, qu'on lui tienne de force la face dans le vent"*.

Dr. Philippe Meire ■

(5) H. Atlan, *Tout, non peut-être. Education et vérité*. Paris, Le Seuil, 1991.

(6) L. Israël, *Le médecin face au malade*, Bruxelles, Dessart et Mardaga, 1968.

## ■ Enfance et éducation pour la santé

L'éducation pour la santé commence au berceau. En décidant d'allaiter ou de donner le biberon, de donner à boire au bébé à la demande ou non, de mettre du miel sur la tétine pour le calmer ou non, de le changer dès qu'il s'est sali ou de ne pas se précipiter, de le cajoler quand il pleure ou de lui laisser "faire ses poumons", les jeunes parents transmettent à l'enfant des attitudes vis-à-vis de la nourriture, du sommeil, du contact, du corps. Ils font comme Monsieur Jourdain, de l'éducation pour la santé sans le savoir. Et ce type d'éducation pour la santé est fondamental, parce qu'il touche à la formation d'attitudes et de comportements de base, qui peuvent exercer, par la suite, une action décisive sur l'état de santé de ces futurs adultes.

Mais si certains parents se montrent avides de recevoir des informations de la part des spécialistes concernant les soins à prodiguer au bébé, d'autres semblent très réticents. C'est la constatation effectuée fréquemment par les infirmières de l'ONE: les familles qui auraient le plus besoin d'aide et de conseils dans la façon de s'occuper d'un nourrisson sont souvent les plus rétives et les moins demandeurs.

En fait, en arrière-plan à l'éducation pour la santé se profile une éducation

à des modèles culturels précis. Une femme de milieu sous-prolétaire, à qui nous présentons notre tout jeune bébé, avait interpellé l'enfant dans un mouvement de recul: "tu pues le savon"! Pour nous le parfum du savon était agréable, synonyme de propreté, de fraîcheur, de soin, alors qu'elle lui accordait une connotation tout à fait négative.

Dans "la civilisation des moeurs", Norbert Elias démontre que les codes de bienséance édités aux 15ème et 16ème siècles recommandaient certains comportements, tels que ne pas cracher, ne pas mettre ses doigts dans le plat de sauce, ne pas passer à son voisin un morceau de viande dans lequel on a déjà mordu, non dans un but d'hygiène ou de santé, mais uniquement afin de se distinguer du bas peuple, chez qui ces comportements étaient courants.

Lorsqu'on repense à certaines analyses, qui considèrent le milieu sous-prolétaire comme l'héritier des classes populaires d'antan, on comprend mieux la résistance farouche à certains messages d'éducation pour la santé. Pour garder leur identité, certaines familles luttent contre des messages, perçus comme des mises en évidence d'une disqualification. Les éducateurs pour la santé (infirmières, médecins, puéricultrices...) doivent-

ils dès lors laisser tomber les bras? Certes non. Des modes d'approche existent, conçus sous forme de "dialogue entre deux mondes", où éducateurs pour la santé et familles sous-prolétaires produisent un document commun, à partir d'échanges de discussions (de négociations?) sur le thème de la petite enfance.

L'enfant grandit. A l'école, il constitue la cible d'actions d'éducation pour la santé, menées par les enseignants, l'IMS, ou d'autres.

Très souvent, les comportements recommandés par les campagnes d'éducation pour la santé vont à l'encontre des modèles proposés par la société: limiter la consommation de sucre, manger des fruits et des légumes, se dépenser physiquement, ne pas s'exposer trop au soleil... A l'inverse, les jeux vidéos vont immobiliser l'enfant en "l'hypnotisant"; la publicité, sous la forme fallacieuse de messages de santé, prônera les fromages blancs "Petit Gervais" (très sucrés) comme alternative au steak, la limonade "Punica" plutôt que les fruits frais, le chocolat "Kinder" plutôt qu'un verre de lait...

L'éducation pour la santé va à contre-courant de comportements et d'habitudes de vie caractéristiques de notre société occidentale.

Mener une action d'éducation pour la santé ne se limite pas à informer des enfants ou à favoriser l'adoption par eux d'attitudes ou de comportements favorables à la santé. C'est aussi se situer en marge ou à l'encontre d'un monde économique centré sur le profit, qui tend à leur faire adopter des comportements en fonction d'intérêts économiques. C'est donc se situer

dans un mouvement social, qui agit en fonction de valeurs que l'on veut faire passer à l'enfant.

Mais quelles valeurs poursuit l'éducation pour la santé? La santé? Pas réellement peut-être. Pas au sens commun, en tout cas. Certes elle vise le "bien-être physique, psychologique et social" des individus, et donc la santé au sens défini par l'OMS. Mais cette

définition tend à englober dans le terme santé tout ce qui constitue l'équilibre de l'individu. L'éducation pour la santé est une démarche idéaliste, qui vise pour l'enfant un bien-être et un équilibre. Mais n'est-ce pas là le propre de toute éducation?

Dr Jacqueline Delville ■

## Finalités et méthodes

### La finalité de l'éducation

"Développement harmonieux et dynamique chez l'être humain de ses potentialités (affectives, morales, intellectuelles, physiques, spirituelles, etc); développement du sens de l'autonomie, de la responsabilité, de la décision, des valeurs humaines et du bonheur chez la personne; transformation dynamique, positive et continue de la personne" (R. Legendre, 1988).

Les définitions de l'éducation pour la santé s'adaptent très bien à cette finalité et sur le fond, je conçois l'éducation pour la santé à l'école comme partie intégrante et logique de l'éducation.

Si je suis d'accord sur le fond, mes critiques s'adressent à la forme et je désire secouer un peu nos bonnes consciences.

A force de parler d'éducation pour la santé, on oublie trop vite la pédagogie de la santé. Or si on s'adresse à des enfants, on ne peut l'ignorer.

Le mot pédagogie, conformément à son étymologie, s'applique à l'enseignement aux enfants et dans un sens plus étroit signifie également méthode d'enseignement.

J'espère qu'à ce jour il y a accord pour dire que l'éducation pour la santé ne peut se limiter à l'explication de la vie intime des microbes ou de schémas anatomiques. Certes, cela intéresse les enfants mais depuis les recherches de Nelly Leselbaum et l'excellent travail de Jean Laperche, il y a de quoi se poser des questions sur cette manière de faire.

### L'enfant et sa santé

Pour l'enfant, la santé c'est avant tout sa santé, c'est ce qu'il se sent être.

Je ne vais pas jeter un, mais deux pavés dans les eaux tranquilles de certains éducateurs pour la santé. Pour l'occasion, mes fournisseurs en pavés sont deux grandes dames de l'enfance.

Tout d'abord, Françoise Dolto qui, avec sa clarté habituelle, nous a laissé le message que "l'enfant est présent dans le présent" et ensuite Mélanie Klein qui, en analysant la période de latence, constatait que "le moi de l'enfant est moins développé que celui de l'adulte, il n'a ni conscience d'être malade, ni désir de guérir".

Les implications de ces constatations pour l'éducation pour la santé sont nombreuses.

L'enfant vit le moment et l'image qu'il a de la santé, c'est le vécu de sa santé au moment où on le lui demande. Sa santé c'est son bonheur, sa joie, sa richesse intérieure mais aussi ses angoisses, ses douleurs et ses manques.

Sa santé, c'est son équilibre intérieur selon ses critères de valeur et non suivant des critères physiologiques, anatomiques ou d'hygiène fixés par des étrangers. La présence de l'enfant dans le présent relativise les efforts des adultes qui tentent de lui expliquer que s'il continue à manger tant de sucreries, il aura des problèmes de santé plus tard.

En clair et bien qu'aucun gosse n'osera vous le dire: il ne sait pas quoi faire de tous ces conseils.

Apparemment pourtant ça marche. Oui, à cause d'un autre mécanisme.

L'explication la plus claire, nous la trouvons dans les taxonomies du domaine moral et surtout dans la taxonomie de L. Kohlberg qui distingue, entre autres, un niveau conventionnel "où l'action qui satisfait aux attentes de la famille, du groupe ou de la nation, est perçue comme valable en soi, indépendamment de ses autres conséquences".

C'est le stade de l'endoctrinement naïf. Or, ce n'est qu'un stade, l'enfant n'assimile pas le sens profond d'un comportement mais s'efforce surtout "de bien faire".

Dans une évolution normale, ce stade sera dépassé et il ne faut donc pas s'étonner que des comportements ancrés sur des bases vouées à disparaître vont se relativiser très fort dans la puberté et l'adolescence, même si l'éducateur pour la santé a essayé lui aussi de "bien faire".

Cette évolution, cette dynamique de l'enfance, Winnicott la résume très bien quand il dit que "l'enfance est une progression de l'état de dépendance vers l'indépendance".

Nous voilà de retour aux principes de base de l'éducation pour la santé et c'est Winnicott encore qui résume en parlant de soins - et à mon avis une action d'éducation pour la santé peut très bien avoir le caractère de soins - que ce thème central de l'éducation pour la santé ne se limite pas à l'enfance: "Dans tous les cas, celui de l'enfant normal, du nourrisson, du malade mental, du paraplégique ou de l'infirme, les soins favorisent la ten-

**Les faits, l'espoir**, brochure rédigée par le Professeur Luc Montagnier. Elle répond aux questions scientifiques liées à la prévention du sida. Prix: 50 FB.

**Actualquarto**, document d'information et d'animation à la prévention du sida. à partir de coupures de presse. Prix: 60 FB.

**Le sida - dossier pédagogique à l'usage des enseignants**. Réalisé par la Croix-Rouge, ce document a été actualisé en 1992-1993 et est à nouveau disponible. Outil de référence scientifique de très bonne qualité, il donne une information uniforme, cohérente et synthétique à l'ensemble des partenaires scolaires. Prix: 400 FB.

**Parler du Sida avec les adolescents**, par C. Ferron et A. Laurent-Becq, Comité Français d'Éducation pour la Santé. Aider l'intervenant - le professeur et l'éducateur à la santé - à réfléchir à diverses questions avant de mener son animation de prévention en lui proposant quelques pistes pour réaliser ce projet. Ce guide méthodologique aborde les différents aspects de la prévention du sida auprès des adolescents. Il approche l'adolescent, sa sexualité et ses attentes face au risque du sida, éclaire sur l'intervenant, ses limites, ses connaissances, la technique d'animation et touche aux différents aspects de la prévention - l'amour, le préservatif, la solidarité avec les personnes séropositives. Il peut être utile à celui ou celle qui désire en savoir da-

vantage sur les techniques d'animation sur la prévention du sida. Prix: environ 620 FB.

### POUR L'ANIMATION

**Attention Sida**. Cette vidéo-documentaire avec Michel Boujenah et Luc Montagnier donne de manière claire un bagage scientifique commun au groupe. Prix: 300 FB.

**Love l'Idée**. Ce dialogue assez pointu entre deux jeunes sur la complexité des sentiments humains: le besoin d'amour, de séduire, l'amour à mort, l'inconscience, ... doit permettre la réflexion et le débat en classe. Prix: 300 FB.

**Dilemmes**. Six petites histoires sur des dilemmes liés de manière plus ou moins proches à la prévention. Ces petites mises en situation permettent le débat, la réflexion sur les choix personnels qui peuvent perturber la prévention du sida. Prix: 300 FB.

**Jo**, de Derib: Cette bande dessinée touche à l'adolescence, à l'amour, à la prévention, aux relations avec les parents, à la solidarité avec les personnes séropositives et malades du sida. Prix: 200 FB.

**Le Préservatif**, par le Dr. Chevalier, Casterman "Les objets font l'histoire". L'autre petite histoire du préservatif;

celle avant et depuis l'apparition du sida. Ce petit livre présente d'une manière très attrayante le préservatif par son utilité et sa représentation au fil des siècles, de l'Antiquité à aujourd'hui en passant par le Moyen-Âge. Ouvrage pour parler du préservatif autrement, pour en dramatiser l'usage, pour préparer un exposé. Prix: 275 FB.

### POUR LES ETUDIANTS

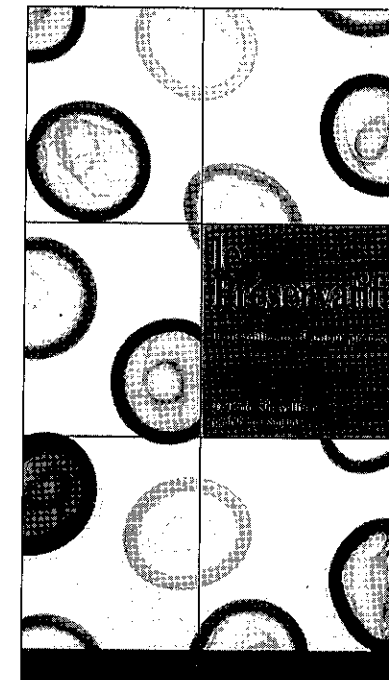
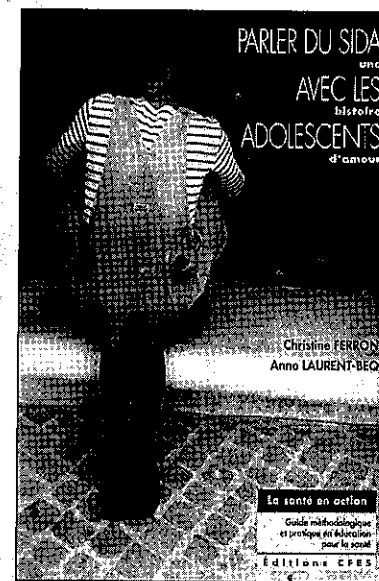
Documents gratuits en quantités raisonnables

**L'amour au temps du sida**: brochure d'information et de sensibilisation.

**Passeport sida**: petite brochure aux couleurs de "Justin et Olive en route vers la planète coeur" rappelant de manière concise et accessible les principales informations sur la prévention: le sida dans le monde, qu'est-ce que le sida, comment se transmet-il, le test de dépistage, les MST, comment se protéger, mode d'emploi du préservatif.

**Les premières fois**, réalisé par un groupe de jeunes de Grenoble. Cette brochure rassemble information et témoignages sur les premières relations sexuelles et sur la nécessité d'utiliser le préservatif. Des témoignages éclairent sur les difficultés d'en parler à son partenaire. Attrayante et facile d'accès, elle tente de déculpabiliser les jeunes face au préservatif.

**Encore le sida**: brochure d'information claire, sympathique et humoristique.



## ■ Prévention à l'école

### Coffret à la carte

Comme l'année dernière, un coffret pédagogique est proposé aux écoles et services IMS, PMS et de planning familial. Il comporte de nouvelles pistes de réflexion, de nouveaux outils d'animation, de nouveaux documents. Et surtout un concours de scénario.

En septembre 1992, les différents services scolaires de la Communauté française, écoles secondaires, centres IMS, PMS et de planning familial se voyaient proposer un coffret pédagogique gratuit. Cette valisette contenant un manuel d'animation, des brochures, des vidéos, la BD "Jo", visait à permettre aux enseignants, accompagnés s'ils le désirent d'intervenants locaux, d'aborder le thème du sida en classe.

En effet, si les connaissances sur le virus du sida sont relativement bonnes, les jeunes éprouvent encore des difficultés à en parler et à modifier leur comportement face au risque. C'est pourquoi, outre les documents scientifiques sur le HIV, le coffret contenait "Dilemmes", une vidéo d'animation ou de mise en situation sur de thèmes tels que le désir, le flirt, l'amour, la tendresse, la séduction, ... qui leur permettait d'exprimer les difficultés qu'ils éprouvent face à la prévention du sida.

### Actualisation du coffret

Le coffret 1993 est le cousin de celui de 1992. Il comporte quelques nouveaux documents présentés ci-dessous, de nouveaux outils, tandis que son manuel d'utilisation propose un chapitre de réactualisation. De plus, ceux qui ne possèdent pas encore la première édition de ce coffret peuvent se le procurer

à la carte en choisissant les documents qu'ils désirent. Si un professeur désire s'en tenir à l'un des aspects abordés dans le coffret ou utiliser certains documents de ce programme, pas de problème. Le manuel d'utilisation lui permet de préparer ses séances d'information selon les objectifs qu'il souhaite atteindre.

Ainsi, certains pourront concentrer leur animation:

- sur l'apprentissage des données "scientifiques" du virus: épidémiologie, moyens de prévention, test de dépistage,...
- sur les aspects psycho-affectifs liés à la prévention: une réflexion sur la relation avec le partenaire;
- sur un apprentissage de comportements de prévention: "dans telle ou telle situation, comment aurais-je réagi, cette réaction m'aide-t-elle à me protéger?"
- sur une rencontre avec les personnes touchées par le virus: les symptômes, les traitements, le quotidien, les autres, le travail, l'amour, l'exclusion.

Les enseignants pourront choisir les documents qu'ils estiment les plus adéquats à leur sensibilité, à celle de leurs élèves.

### La toxicomanie, l'homosexualité

Dans l'actualisation du coffret pédagogique sont traitées des questions particulièrement délicates lorsqu'elles sont associées à la prévention du sida:

- Comment parler de l'homosexualité, proposer aux homosexuels une prévention adéquate sans recréer la notion "dépassée" de groupe à risque?
- Comment mettre en garde les jeunes contre les dangers du sida liés à la

toxicomanie par voie intraveineuse, sans banaliser cette pratique, sans relancer l'association de la toxicomanie au groupe à risque?

- Que penser des séances de prévention du sida animées par des personnes séropositives? Au-delà de l'aspect concret, réel de ce témoignage, n'y a-t-il pas lieu de craindre des réactions de fascination (à l'instar de l'effet "Cyril Collard") de la part de certains jeunes?

### L'école se mobilise

Depuis l'année dernière, la prévention du sida a fait son chemin. Les enseignants, les parents, les directions d'école réalisent l'importance de leur rôle dans ce domaine. Les mentalités évoluent, les professions autres que celles de l'éducation à la santé participent à cette prévention. La proposition d'installer des distributeurs de préservatifs faite par le ministre de l'Éducation, Elio Di Rupo, constitue un pas important pour rendre le préservatif plus accessible. Avec le concours de scénarios, nous essayons d'aller plus loin en rendant les jeunes acteurs de la prévention.

Mais cette participation ne peut se faire sans un appui d'apprentissage, de réflexion et de compréhension. Ce support, c'est la volonté des professeurs d'intégrer la prévention du sida dans leur enseignement. Nous les en remercions vivement et restons à leur disposition pour tous renseignements complémentaires.

Contact: Patricia Piron, Agence de Prévention du Sida, rue de Haerne 42, 1040 Bruxelles. Tél: 02/627.75.27.■

### POUR LES PROFESSEURS OU AGENTS DE SANTE A L'ECOLE

Le manuel d'utilisation permet à l'intervenant de préparer ses séances d'information et d'animation. Il lui propose d'aborder les connaissances du virus, les aspects psychoaffectifs ou comportementaux liés à la prévention, la réalité des personnes touchées par le VIH. Il comporte, cette année, un nou-

veau volet proposant des pistes de réflexions sur la toxicomanie, l'homosexualité et les effets du témoignage d'une personne séropositive en classe, sur l'installation d'un distributeur de préservatifs suite à l'action-pilote menée dans dix écoles de la Communauté française. Il présente aussi le concours de scénario ouvert à tous les jeunes de 12 à 20 ans. Prix: 250 FB.

### - Que contient la mallette de la prévention?

Le coffret pédagogique 1993 comporte de nouveaux outils et documents. Vous n'êtes pas obligé de tout commander, vous pouvez sélectionner les documents dont vous avez besoin.

dance innée de l'enfant à habiter son corps et à prendre plaisir aux fonctions corporelles, à accepter la limitation fournie par la peau, cette membrane frontière qui sépare le moi du non-moi".

Le vécu de la santé de l'enfant est cohérent et logique, mais l'enfant ne peut encore l'expliquer en termes de concepts même si par chance on prend la peine de lui demander ce qui le préoccupe et quelles sont les solutions qu'il entrevoit.

L'exploration inférentielle est un bon moyen d'y arriver, qui se fait en 3 temps:

1. décomposition des concepts en éléments signifiants pour l'enfant;
2. analyse des réponses de l'enfant;
3. reconstruction de concepts à partir d'inférences sur ces réponses.

### Que penser de l'éducation des pairs?

A mon avis, elle n'a de vrai sens qu'à l'adolescence. L'enfant a besoin du témoignage de l'adulte, de l'écoute de l'adulte.

Pour l'éducateur pour la santé, une petite phrase prononcée à l'occasion de la fête patronale du 2 février 1992

par Monsieur le Recteur Pierre Macq résume bien l'attitude à avoir: "rester soi-même en écoutant l'autre".

Il est important qu'un adulte avec toute son expérience et sa réalité d'adulte responsable écoute et accueille la parole de l'enfant. L'échange n'a de sens que s'il est authentique.

Au lieu de multiplier les stratégies pour les atteindre, les cibler, si nous les aidions plutôt à se trouver des mots personnels pour dire leurs difficultés, leurs attentes et la richesse de leur expérience.

Si nous étions prêts à renoncer à nos propres représentations de l'enfance, à mettre entre parenthèses nos nostalgies de gosse pour écouter l'originalité et la nouveauté de ceux que nous prétendons aider.

Ne serait-ce pas agir de façon plus respectueuse envers eux?

En conclusion, je plaide pour une pédagogie de l'éducation pour la santé, car à force d'accumuler les recherches-collectes, les projets limités, les expériences-pilotes, etc, sans jamais prendre le temps d'une réflexion sur le fond, j'ai peur que le champ de l'éducation pour la santé ne se transforme petit à petit en un terrain vague parsemé de structures usées et abandonnées vides de sens et où seuls

quelques adultes, éducateurs pour la santé égarés, prendront encore plaisir à se regarder jouer.

Pierre Campagna ■

### Bibliographie

DOLTO F., Psychanalyse et Pédiatrie. Ed. du Seuil. Points Sciences humaines, 69, Paris 1971.

KLEIN M., La psychanalyse des enfants. Presses Universitaires de France, 1972.

KLEIN M., Essais de psychanalyse. Ed. Payot, 1980.

WINNICOTT D.N., Processus de maturation chez l'enfant. Ed. Petite Bibliothèque Payot, 1980.

LEGENDRE R., Dictionnaire actuel de l'Éducation. Ed. Larousse, 1988.

LESELBAUM N., Les représentations du concept de santé chez l'enfant, rapport de recherche non publié. Direction des programmes de psycho-sociologie de l'éducation et de la formation. I.N.R.P., Paris, 1986.

LAPERCHE J., La santé des enfants vue par les enfants. Mémoire UCL-RE-SODOC, A.07.02.32-1, 1990.

VAN MEERBEECK, Ph. & MEREMANS Ph., L'amour et le langage, p. 20, Louvain, 26, fév.-mars 92.

## ■ Paroles d'adolescents

Quand on m'a proposé d'intervenir sur l'éducation pour la santé auprès d'adolescents, j'ai d'abord pensé que je n'étais pas compétente pour le faire. J'aurais préféré parler, comme c'est souvent le cas, de mon travail avec les enfants car j'y ai acquis quelques certitudes. J'ai la prétention d'avoir des choses à dire, des conseils à donner.

En ce qui concerne les adolescents, c'est le doute qui domine. Je ne suis sûre de rien, j'ai toujours le trac avant d'entreprendre un travail avec eux. Mais la permanence du doute est finalement la garantie que l'on n'a pas tout prévu à l'avance, que l'on va se laisser guider par la parole des jeunes. Le doute, la peur, le trac sont

liés au fait que l'on ne sait jamais où cette parole va nous entraîner: ce n'est pas très sécurisant. On ne sait jamais non plus si l'on parviendra à gagner leur confiance et de toute façon, celle-ci sera très fragile.

Bien sûr, le plus simple serait de leur faire un cours et de leur renouveler quelques recommandations de "bonne conduite" sanitaire: ils ne seraient pas surpris, ils ne nous en voudraient même pas, ils y sont habitués.

### Des adolescents, acteurs de leur santé

Mais nous avons d'autres ambitions, nous voulons les associer à notre dé-

marche, nous voulons qu'ils soient des acteurs du projet, alors nous commençons par leur donner la parole.

Les phrases que je vais rapporter et commenter ici ont été recueillies au début du mois, auprès de garçons de 16 à 21 ans. Je les ai rencontrés dans leur établissement scolaire, par groupes de 8 à 10, à l'occasion d'une journée consacrée à la santé, organisée par le médecin, l'infirmière et l'assistante sociale scolaires. Ces jeunes sont dans un lycée professionnel. Ils ont généralement vécu une situation d'échec dans l'enseignement classique, et ont été orientés vers une filière courte de l'enseignement technique.



Je leur ai posé à tous les mêmes questions:

- "Qui parmi vous considère qu'il est un enfant, qui parmi vous considère qu'il est un adulte?"
- "La santé, c'est quoi pour vous?"
- "Qu'est-ce qui selon vous menace votre santé, qu'est-ce qui vous fait peur pour vous-même?"
- "Qu'est-ce qui protège votre santé, qu'est-ce qui vous donne de l'espoir pour vous-même?"

Je ne ferai bien sûr pas un inventaire exhaustif de leurs réponses.

Je me contenterai de vous en citer quelques-unes en précisant que nous nous inscrivons dans une démarche qualitative: il n'est pas question d'en tirer de quelconques statistiques.

### Comment se définissent-ils?

Nous parlons souvent d'adolescence, et nous sommes embarrassés pour en fixer les limites. Il me semble important de savoir comment les membres de chaque groupe se considéraient et se nomment plutôt que de les baptiser arbitrairement moi-même adolescents, jeunes ou jeunes adultes. Dans les réponses à la première question, on s'aperçoit que la façon dont ils se décrivent correspond bien à la définition de l'adolescent que nous pouvons lire ici et là.

"On est moitié enfant, moitié adulte."

"Moi, je me sens adolescent. C'est la période de transition. L'adolescent, il a une part de responsabilité, mais il a encore une part de jeu, de rire, d'insouciance."

"Même à 18 ans, on est encore adolescent, même si on a son appart et qu'on paye le loyer, on n'est pas adulte pour ça. On est adulte quand on est mûr dans sa tête, à partir du moment où on a des responsabilités."

"On peut être adulte à 16 ans, comme on peut être adulte à 21 ans, c'est pas une question d'âge, c'est une question de caractère, de morphologie."

"Être adulte, c'est avoir une vie de famille, vivre en dehors de chez ses parents, avoir beaucoup de responsabi-

lités, prendre ses décisions tout seul; ça n'a rien à voir avec l'âge, chacun mûrit selon son rythme."

Néanmoins si certains utilisent pour eux-mêmes le qualificatif d'adolescent, d'autres s'en méfient ou le récuse:

"Adolescent, c'est un peu péjoratif. L'adolescence, ça rime un peu trop avec délinquance."

"Quand on dit une bande d'adolescents, on pense tout de suite que c'est des voyous."

"Moi, je ne me sens pas adolescent: toutes les bêtises, on les fait à l'adolescence, on ne sait pas ce qu'on fait, c'est l'âge où on fait des erreurs."

Je pense donc que la manière dont on les nomme n'est pas anodine, et qu'il faut être très prudent.

### La santé, la leur et la nôtre

A propos de la santé, il est amusant de constater qu'ils nous proposent deux sortes de définitions: la leur, et celle qu'ils pensent être la nôtre. Voici l'extrait d'un dialogue qui illustre bien, mais j'aurais pu choisir beaucoup d'autres passages.

"Pour vous, la santé c'est quoi?"

- Être bien dans son corps.
- Pour moi, la santé c'est la forme.
- C'est faire attention aux maladies et être de bonne humeur.

- *Quand on vous a dit une journée santé, vous imaginiez qu'on allait parler de quoi?*

- Je pensais qu'on allait parler de si on était malade y'a pas longtemps.

- *Alors c'était pas la santé, c'était les maladies auxquelles tu pensais?*

- Oui, je pensais plutôt à ça, mais pour moi si on parle de santé, c'est se sentir bien.

- *Pour toi la santé c'est se sentir bien mais si les adultes, les profs, ou les gens de l'école te disent, on va faire une journée santé, tu penses qu'on va parler des maladies?*

- Oui voilà."

On trouve d'ailleurs souvent la trace des messages qu'on a voulu leur in-

culquer en éducation pour la santé. A propos d'alimentation par exemple:

"On mange trop de saletés, des graisses qui sont pas très bonnes.

- Nous on ne se nourrit pas bien. Quand c'est les parents qui font la nourriture, ils varient les repas, ils nous nourrissent bien, eux. Les parents savent ce qui est bon, mais nous, quand on a un peu d'argent, on va s'acheter un truc si on a faim et ce sera pas toujours très bon. Ya de la graisse, ou un truc comme ça dedans.

- La viande, on devrait en manger 2 ou 3 fois par semaine pas plus, alors que nous, on en mange pratiquement tous les jours.

- Par rapport aux doses prescrites, on n'y arrive pas.

- La prof nous a donné un truc comme quoi il fallait manger tant de lait, tant de viande, tant de poisson par semaine, c'est des doses très dures à respecter.

- Nous, ce qu'on veut, c'est se remplir le ventre.

- *Ou se faire plaisir peut-être?*

- Oui c'est ça, se faire plaisir, parce que nous on n'aime pas tout."

L'enseignante était sans doute pleine de bonnes intentions en leur expliquant les règles de l'équilibre alimentaire, mais si cela conduit à les culpabiliser et à renforcer le regard négatif qu'ils portent sur eux-mêmes, c'est sans doute très discutable.

Il est possible qu'ils mangent mal, qu'ils dorment insuffisamment, qu'ils fument, mais ce dont ils souffrent à leur âge, c'est souvent de désespérance et ce dont ils meurent c'est de suicide ou d'accident de la route.

Je suis de plus en plus persuadée que ce n'est pas le moment de leur enseigner ce qu'ils doivent faire ou ne pas faire pour protéger leur santé. Il vaut mieux leur donner l'occasion de parler de leurs souffrances, de leurs inquiétudes, de leurs espoirs, leur donner autant que possible une image valorisante d'eux-mêmes, en leur disant par exemple l'intérêt que l'on porte à ce qu'ils pensent. En écoutant l'enregistrement des entretiens, je m'aperçois que je répète souvent cette phrase: "Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, ce qui m'intéresse, c'est ce que vous pensez."

# Prévention sida

## ■ "300 scénarios contre un virus"

### Quand la prévention se scénarise

L'éducation à la santé par des pairs. Une formule un peu pompeuse pour dire que plus on est proche, plus on partage les mêmes réalités, les mêmes difficultés, le même langage et la même culture, et mieux on se comprend. Le pair, c'est l'égal, celui qui peut parler d'un sujet délicat sans être ressenti comme curieux, moralisateur ou carrément à côté de la plaque.

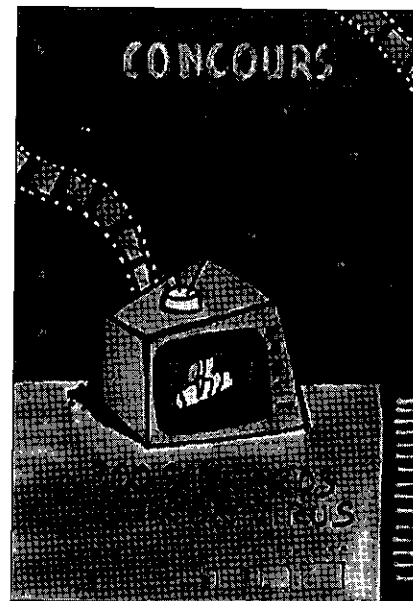
Puisqu'on touche à la sexualité, à l'amour, à la séduction, quand on veut adresser un message de prévention et sensibiliser les jeunes à la solidarité avec les personnes séropositives et malades du sida, être relayé par les "pairs" est important.

C'est pour cette raison que, dès le mois d'octobre, les jeunes de moins de 20 ans peuvent participer à un concours de scénarios sur la prévention du sida. "300 scénarios contre un virus" aboutira à la sélection de trois scénarios par un jury de représentants de l'éducation à la santé, du monde du cinéma, des médias, de la presse et des jeunes, qui seront réalisés par des cinéastes belges et diffusés auprès d'un large public via la TV et le cinéma.

Ce concours est organisé en collaboration avec le CRIPS (Centre Régional d'Information sur la Prévention du Sida) qui, en 1989, lançait l'opération en France. Grâce à la mobilisation exceptionnelle des médias pour la prévention du sida, plus de 4000 jeunes se sont lancés dans l'aventure et ont proposé pas moins de 1600 scénarios sur le thème "Un séropositif dans la ville". Deux scénarios ont été réalisés "La Lézarde" et "Joli Coeur".

### Pour tous

Outre l'intérêt d'un message adressé par des jeunes à des jeunes, ce concours doit permettre aux scénaristes en herbe de plancher sur la prévention. Et donc, de vérifier leurs connaissances sur le virus, de réfléchir aux difficultés qu'ils rencontrent face à leur partenaire, de s'interroger sur les raisons des attitudes d'exclusion dont sont parfois victimes les personnes touchées par le virus.



"300 scénarios contre un virus" figure dans le nouveau coffret pédagogique destiné aux écoles secondaires. Ce nouvel outil de la mallette permet aux jeunes de s'impliquer davantage dans la prévention et d'envisager des messages adaptés aux problèmes qu'ils rencontrent. Le préservatif, le test de dépistage, l'homosexualité, la toxicomanie, le désir d'enfant, le dialogue difficile, les différents axes de la prévention sont abordés par la proposition de situations concrètes.

La réflexion sur ces aspects de la prévention peut être encadrée outre par le professeur, par un agent de santé de la région. Les enseignants, éducateurs à la santé, animateurs de rue ou de maisons de jeunes, ... sont donc invités à accompagner la création du scénario en facilitant la réflexion et l'expression et en leur apportant une aide à l'écriture. Cet encadrement doit permettre à tous ceux qui le désirent de participer.

### Règlement

- Ce concours est ouvert à tous les jeunes de 12 à 20 ans.
- Les participants sont appelés à déposer leur scénario de film (vidéo ou 16 mm) avant le 30 mars au plus tard.
- Les scénarios peuvent être présentés à titre individuel ou en groupe.
- Chaque projet doit comporter 5 pages dactylographiées si possible, et comprendre une présentation du ou des auteurs, une explication du thème choisi, une description des lieux de l'action et des personnages, le récit de l'histoire imaginée.
- Les prix seront attribués au mois de juin 94.

### Jusqu'au printemps

Le concours se clôture à la fin du mois de mars. Le jury qui réunira la jeune actrice, Marie Gillain, les réalisateurs, Marion Hansel, Manu Bonmariage, et d'autres noms du spectacle et des médias, rendra son verdict à la fin du mois de juin. Un comité de parrainage, composé de personnalités belges concernées par la prévention du sida - tel Olivier Strelli qui a créé le T-shirt "Le sida, j'agis" qui financera la réalisation d'un des films - et de personnalités du cinéma et de la communication apportera un soutien financier et créatif à la réalisation des scénarios.

A vos plumes!

Pour plus d'informations ou pour recevoir le bulletin de participation au concours, envoyer ce bon à l'Agence de Prévention du Sida, rue de Haerne, 42 - 1040 Bruxelles. ■

Nom: _____
Prénom: _____
Adresse: _____ _____
Tél: _____
Nom de votre école, association, organisme: _____ _____



## Gestion du tabagisme

### Travailler avec des fumeurs

Jusqu'il y a peu, la Belgique ne connaissait que peu de mesures restrictives interdisant de fumer sur les lieux de travail. Le Règlement général pour la protection du travail (R.G.P.T.) mentionne un certain nombre d'interdictions en la matière, plus spécifiquement dans les lieux où il existe un risque d'incendie, d'explosion ou pour des raisons d'hygiène, ou encore dans les entreprises qui utilisent des produits toxiques.

Le Ministre de l'Emploi et du Travail a promulgué un arrêté royal qui, via un ajout dans le Règlement général pour la protection du travail, impose à toutes les entreprises du secteur privé comme du secteur public, de prendre des mesures contre les nuisances dues au tabagisme.

Une brochure a été publiée, visant à donner un aperçu des possibilités de prévention ou de limitation des conséquences nocives du tabagisme au travail.

Cette brochure peut être obtenue gratuitement en français et en néerlandais, au Commissariat général à la promotion du travail, Ministère de l'Emploi et du Travail, rue Belliard 51, bureau A 438, 1040 Bruxelles, tél. 02/233.42.14.

### Information ou publicité pharmaceutique?

L'Oeuvre Belge du Cancer vient de publier une affiche et un dépliant intitulés "Le tabac ou la santé? Et vous? Quand?" invitant les fumeurs à rejoindre l'immense majorité des non-fumeurs de notre pays.

Ces outils sont diffusés avec l'aide de l'hebdomadaire "Le Généraliste". Logique si on estime que les médecins généralistes ont un rôle important à jouer auprès de leurs patients fumeurs pour aider ceux qui souhaitent arrêter de fumer.

Les laboratoires Kabi Pharmacia collaborent également à cette action, qui coïncide avec le lancement à grand renfort de publicité à destination du corps médical de leur "timbre" à la nicotine concurrent du déjà célèbre "patch" de Ciba-Geigy (que l'Oeuvre parraine déjà par ailleurs).

On ne peut s'empêcher d'avoir la désagréable sensation que l'aspect "éducatif" du projet est marginal vis-à-vis du lancement d'un nouveau produit dans un marché manifestement juteux, où il y a de la place pour plusieurs spécialités.

Question subsidiaire: est-ce bien le rôle d'un établissement reconnu d'utilité publique de servir de caution morale à une opération essentiellement commerciale?

Disponible à l'Oeuvre Belge du Cancer, rue Royale 217, 1210 Bruxelles. ■

## Info Santé

### Un dépliant mensuel diffusé par les pharmaciens français

Le Club Pharmaceutique d'Education pour la Santé, dépendant de la Faculté de Pharmacie française et situé à Châtenay-Malabry, dans la région parisienne, réalise depuis de nombreuses années des dépliants grand public sur différents thèmes de santé. Ces dépliants sont diffusés chaque mois par les pharmaciens membres du C.P.E.S. (sur le même principe que les dépliants réalisés par l'Office des Pharmacies Coopératives en Belgique).

Certains d'entre eux ont été diffusés dans notre pays par l'Association Pharmaceutique Belge, mais l'expérience n'a pas été poursuivie à notre connaissance.

Les dépliants, de format A4, font le tour d'un thème, de façon assez classique, c'est-à-dire présentent le problème sous tous ses aspects, puis les traitements et enfin les moyens de prévention.

Illustrés par des dessins très colorés, ces dépliants sont attractifs et fournissent une information complète et très condensée sur des sujets quotidiens.

Voici les titres des sept dépliants parus depuis le début de l'année:

- Tabac et santé (janvier)
- Le stress (février)
- La tension artérielle (mars)
- Les hépatites virales (avril)
- La santé au masculin, prostate (mai)
- Plaies et brûlures (juin)
- Le sport en bonne santé (juillet)
- L'enfant et la rentrée des classes (septembre).

Pour recevoir ces dépliants, il faut être membre du Club Pharmaceutique d'Education pour la Santé: le montant de la cotisation est de 100FF. C'est évidemment cher pour recevoir douze dépliants par an (mais sans doute cette cotisation comprend-elle d'autres services pour les membres français).

Il vous est possible de consulter ces documents au centre de documentation d'Infor Santé (sur rendez-vous pris au 02/237.48.53).

Info Santé, Club Pharmaceutique d'Education pour la Santé, rue Jean-Baptiste Clément 5, F - 92296 Châtenay-Malabry Cedex. ■



## C'est dur de communiquer

La déprime, le suicide, la drogue, ils en parlent beaucoup:

"On est trop vieux pour s'amuser avec les petits, trop jeunes pour communiquer vraiment bien avec les adultes.

- C'est dur de communiquer, pas avec les adolescents, mais avec les adultes.

- Qu'est ce qui gêne?

- L'expérience des adultes, parce que les jeunes ont toujours un idéal alors que les adultes connaissent les problèmes de la vie et sont souvent en contradiction avec les ados. Les adultes, il y en a beaucoup trop qui pensent qu'il y a qu'eux qui ont des problèmes, que les ados ils ont rien à dire parce qu'ils ont pas de problèmes, eux.

- C'est quoi les problèmes d'ados?

- Y'en a beaucoup.

- La came.

- Le mal de vivre. De nos jours, il y a beaucoup de jeunes qui en ont marre.

Ils sont même pas encore adultes, qu'ils en ont déjà marre de vivre."

"Tous les soirs, j'arrive pas à m'endormir, j'ai des insomnies, je suis fatigué mais j'ai pas sommeil. Je suis dans ce lycée et je regrette d'être venu ici donc je me pose tout le temps des questions, mais à 19 ans, pour moi on n'a plus le droit à l'erreur."

"L'échec scolaire, ça peut amener des personnes à se droguer, ou les conduire au désespoir, et puis on s'enfoncé et c'est fini. Beaucoup de jeunes sont blasés, à peine ils ont commencé leur vie et déjà ils se sentent frustrés, ils ont l'impression qu'ils ont rien à gagner."

"D'une façon générale, ça ira toujours plus mal pour tout, c'est logique, c'est dans la logique des choses."

"Je me mettrai jamais à la drogue, ça vient du caractère qu'on a, c'est une question de fierté, j'oserai plus voir mes parents dans les yeux."

- C'est surtout une solution de lâcheté la drogue, une façon d'échapper à ses problèmes au lieu de les affronter, le suicide c'est pareil."

Quand on leur demande ce qui menace leur santé, ils répondent de façon

presque unanime: la pollution et le sida. A propos de cette maladie, ils connaissent bien le mode de transmission, ils savent ce qu'ils ont à savoir. Ce qui leur fait peur, c'est la mort à petit feu, peur de mourir sans avoir eu le temps de se reproduire. Mais on devine aussi à travers leurs propos la peur de la sexualité, difficile à aborder en si peu de temps... et avec une femme.

## Le dialogue est possible!

Parler avec les jeunes de ce qui les préoccupe vraiment, c'est aussi une façon de leur prouver que le dialogue est possible entre adultes et adolescents. Bien sûr, il y aurait aussi beaucoup à dire et à faire sur la violence de l'institution scolaire vis à vis des jeunes en difficulté.

Je voudrais finir sur une note un peu optimiste. Quand je leur ai demandé ce qui leur donnait de l'espoir un groupe m'a répondu: "On se tient la main. L'espoir d'abord, c'est qu'on s'entraide."

Dr Brigitte Sandrin-Berthon ■

## Education pour la santé en entreprise: Volkswagen

### Qui s'occupe de santé dans l'entreprise?

En dehors du Service Médical, certaines instances d'une entreprise ont la santé des travailleurs parmi leurs préoccupations.

En premier lieu, le Service du Personnel est concerné par la santé des travailleurs. Celle-ci peut en effet influencer le taux d'absentéisme. D'autre part, le Service du Personnel intervient parfois comme instigateur dans les activités du Service Médical. Mais aussi, il est parfois un frein pour certaines actions de prévention. Ceci est illustré plus avant dans le texte.

Le Service de Sécurité et d'Hygiène devrait aussi jouer un rôle à ce sujet. En réalité, son impact sur la santé des travailleurs provient des actions de

prévention sur le terrain de la sécurité du travail. Bien que dans sa dénomination se trouve le mot hygiène, aucun spécialiste de ce domaine n'y travaille et le Service Sécurité et d'Hygiène fait systématiquement appel au Service Médical.

Lorsque le Comité de Sécurité et d'Hygiène s'intéresse à la santé des travailleurs, cela provient parfois d'un réel souci objectif d'amélioration sanitaire mais, malheureusement, la santé sert parfois aussi d'alibi dans une discussion politique.

### Le vécu de la santé par les travailleurs

La santé est un élément personnel et donc subjectif. Si le travailleur admet

qu'il peut mener des conduites dangereuses pour sa santé, il n'accepte pas que l'employeur puisse risquer de porter atteinte à son intégrité physique.

Ainsi, dans un atelier peu pollué par les gaz d'échappements, on voit les travailleurs se plaindre de conditions délétères mais ils refusent d'admettre que la cigarette leur cause encore plus de tort que les polluants dont le Service Médical a pu vérifier que la concentration dans l'air était très loin sous les limites d'exposition admises.

En outre, la capacité au travail évolue selon les moments. On sait pertinamment que l'absentéisme lié à la maladie diminue spectaculairement lorsque les conditions économiques sont défavorables.

### Une action de prévention/éducation

Le Service Médical a désiré mener une action visant à diminuer la consommation de tabac dans l'entreprise avec l'espoir d'arriver à sensibiliser suffisamment l'ensemble du personnel pour que, un jour, le tabac soit interdit dans l'entreprise.

Cependant, certaines actions se révèlent impossibles. En effet, il n'est pas admis par la Direction du Personnel que les travailleurs soient distraits de leur travail. Dès lors, il n'est pas question d'organiser des groupes de réunion pendant les heures de travail. Il faut encore être le moins coûteux possible.

En fin de compte, le Service Médical doit se rabattre sur des actions classiques telles que concours de dessin, articles dans le journal d'entreprise écrits par les médecins ou les infirmiers, témoignages d'anciens fumeurs publiés dans le journal d'entreprise, etc... Fina-

lement, c'est au cours d'entretiens individuels avec les fumeurs que le médecin peut le plus efficacement faire passer un message et amener les fumeurs à abandonner leur habitude.

### Une action de dépistage

De façon classique, la Direction désire réaliser des bilans de santé auprès de ses cadres. Pour le Médecin du Travail, il apparaît plus judicieux d'effectuer, à des tarifs aussi économiques que possible, un dépistage auprès de l'ensemble des travailleurs.

Dès lors, un appareil a été fourni au Service Médical afin de pouvoir exécuter à peu de frais des tests sanguins de biochimie (cholesterol, HDC cholesterol, glucose, créatinine, enzymes, etc...). Cet appareil réalise des tests sur goutte de sang capillaire. La technique est donc peu douloureuse, demande peu d'investissement et devrait avoir un bon rendement.

Chaque travailleur devrait être soumis à ces tests à 30, 35, 40 ans et annuellement après 45 ans.

Le fait de se préoccuper de dépistage a valeur éducative en ce sens qu'elle montre aux travailleurs quels sont les points importants à surveiller et qu'elle permet au médecin de sensibiliser chaque personne touchée lors d'un dialogue singulier.

### En conclusion

S'occuper d'éducation à la santé en entreprise est une tâche difficile parfois limitée par des impératifs pratiques voire économiques.

Finalement, c'est par des actions relativement simples et classiques et lors du dialogue singulier entre médecins et travailleurs que certains messages ont le plus de chance de passer.

Dr. A. Goret, Chef du Service Médical ■

## La santé et l'adulte au travail

Comme l'a soulevé un des conférenciers précédents, il semblerait que dans la vie il y a un temps pour chaque chose. D'une certaine façon, il y a beaucoup de sagesse dans cette expression. Pourtant, en relation avec le thème de cette journée, elle me semble faire problème. Et si on tentait de la modifier pour celle-ci: est-ce que dans la vie il y a une chose pour chaque temps?

Ce renversement est à la base de mon intervention. Je traiterai de la problématique de l'éducation pour la santé à un des âges de la vie, à savoir l'âge adulte et plus particulièrement de l'adulte en situation de travail.

Le problème est, que dans cette réflexion, si le "temps" est lié à une période que l'on peut appeler la vie adulte, la "chose" que constitue la réalité du marché du travail, ne peut se poser uniquement qu'en fonction de la vie adulte. Néanmoins, d'entrée de jeu, il faut accepter que la situation de travail ou la vie liée au travail soit de moins en moins un événement unique à la

vie d'adulte, puisqu'il y a de plus en plus de jeunes adolescents qui sont déjà aux prises avec les réalités du marché du travail.

### Les approches en santé au travail

Dans un premier temps, j'aimerais aborder un certain nombre de points d'observation nous permettant de caractériser certaines approches de l'éducation pour la santé auprès d'adultes en milieu de travail.

Historiquement, les intervenants et intervenantes, préoccupés par la santé au travail, ont développé une approche surtout centrée sur la reconnaissance des occasions ou situations potentielles d'accident, de conditions de pollution, et autres facteurs associés à ce que l'on peut appeler la santé et la sécurité au travail. Cette première approche, que nous qualifions d'**approche sur le travail**, est centrée sur l'évaluation des risques liés aux situa-

tions de travail, sur l'information de dangerosité et de prévention, de même que sur les législations portant sur des transformations de situations professionnelles menaçantes pour la santé de l'individu. Ce qui, pour nous, dans une perspective épistémologique, se réfère à une connaissance centrée sur le contenu et plus particulièrement sur des conditions objectives, ou en tout cas, qu'on a tenté de rendre objective, pouvant constituer des atteintes à la santé des travailleurs.

Une deuxième façon d'aborder la santé en milieu de travail, c'est celle de **l'approche par le travail**. Elle s'est développée autour de la reconnaissance d'une clientèle cible, à savoir les travailleurs dans leur propre situation professionnelle. Cette reconnaissance permet d'atteindre une clientèle cible, considérée comme captive, c'est-à-dire placée dans un contexte où il devient possible de réaliser des interventions préventives et éducatives ou de promotion de la santé dans son sens très large. C'est ainsi que plusieurs

# Matériel

### Cancer

#### Qui fait quoi?

Etre atteint d'une maladie grave comme le cancer, c'est bien souvent d'abord être abattu, atteint dans sa personne physique autant que morale, peu à peu isolé dans la souffrance, que ce soit pour le malade ou pour son entourage.

L'Oeuvre Belge du Cancer a réédité une brochure répertoriant les possibilités d'aide qui existent, sur le plan matériel ou moral.

Mais cette année, l'Oeuvre a souhaité séparer l'information destinée aux personnes atteintes d'un cancer de celle destinée aux travailleurs sociaux et para-médicaux. Ce sont donc deux brochures qui paraissent, la deuxième plus détaillée et plus technique.

Outre la description des organismes susceptibles d'aider les malades (service social et centres régionaux de l'Oeuvre Belge du Cancer, mutualité, coordination de soins et de services à domicile,...), une large place est faite aux groupes d'entraide agissant pour des problèmes spécifiques: enfants, déviation intestinale et/ou urinaire, hématologie, patientes opérées du sein, patients laryngectomisés, tumeurs cérébrales, mélanome malin, patients germanophones ou anglophones, ainsi que visiteurs de malades ou groupe de soutien aux malades en fin de vie.

Deux brochures très denses et très pratiques (et gratuites) pour renseigner au mieux les malades et les personnes chargées de les informer. Des rééditions régulières sont prévues.

Oeuvre Belge du Cancer, service social, rue Royale 217, 1210 Bruxelles, tél. 02/225.82.11. ■

#### Pas de panique...

En cas d'accident, à la maison, au jardin, dans la rue, il faut pouvoir réagir vite et à bon escient. Le dernier dépliant d'Infor Santé présente les premiers soins à donner pour les blessures les plus courantes.

Plaies, écharde dans la main, poussière dans l'oeil, piqûre d'insecte, brûlure, hématome, fracture, empoisonne-

ment, intoxication: l'important est de ne pas s'affoler, de savoir que prendre dans sa pharmacie familiale et de connaître le bon moment pour appeler le médecin ou les services d'urgence.

Le dépliant "Pas de panique" a été réalisé avec l'aide de la Croix-Rouge de Belgique.

Vous pouvez recevoir un spécimen gratuit du dépliant et de l'affiche, sur simple demande à Infor Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles, tél. 02/237.48.53.

Il est également possible de s'abonner pour deux ans à huit déliants (à paraître), en envoyant 100 francs à la même adresse, ou en versant cette somme au compte 799-5524509-70 d'Infor Santé, en indiquant dans la rubrique communication "746124/951 déliants".

Dans le même ordre d'idée, saluons la publication par le CRIOC (Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs) d'une série de brochures "Bricoler sans danger". Initiative bien utile, puisqu'il apparaît que nos compatriotes sont des bricoleurs plus maladroits que leurs voisins... Ces documents s'inscrivent dans une campagne de prévention "Bricolage et jardinage" soutenue par le Service Politique des Consommateurs de la Commission des Communautés Européennes.

Six brochures sont disponibles:

1. le bricolage
2. le jardinage
3. outillage à main
4. outils électriques
5. échelles et escabeaux
6. produits dangereux

A chaque fois, vous trouverez conseils généraux et explications plus détaillées. Ces informations peuvent paraître parfois anodines et aller de soi, il n'empêche qu'elles gagnent à être rappelées. Il est parfois bon de taper sur le même clou, en prenant évidemment garde à ne pas écraser ses doigts!

On notera aussi la très bonne lisibilité de l'ensemble et l'excellente qualité de la mise en page.

"Bricoler sans danger", série de 6 brochures disponibles au CRIOC, rue des Chevaliers 18, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/547.06.11. Fax: 02/547.06.01. ■

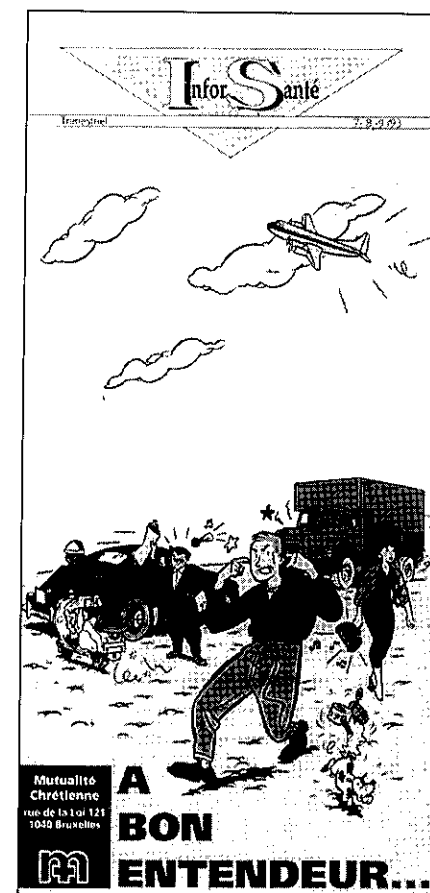
### A bon entendeur...

Qu'est-ce que le bruit, quels sont les effets néfastes du bruit, les bruits qui dérangent et comment y remédier, les mesures collectives et individuelles de protection, tels sont les aspects d'un problème environnemental préoccupant abordés dans le dernier dépliant produit par Infor Santé.

Certaines études indiquent une diminution significative de l'acuité auditive parmi les jeunes, que d'aucuns n'hésitent pas à attribuer en partie à un usage intensif et à des niveaux sonores élevés des appareils de type "baladeur". Les adolescents sont donc un public à sensibiliser en priorité.

Pas étonnant dès lors que les auteurs aient choisi un graphisme de bande dessinée très "ligne claire" pour illustrer leur dépliant.

Vous pouvez obtenir gratuitement un spécimen du dépliant et de l'affiche l'accompagnant sur simple demande à Infor Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles, tél.: 02/237.48.53. ■



professionnels de la santé, on observe en Belgique, contrairement à d'autres pays européens et nord-américains un autre phénomène: beaucoup de groupes d'entraide sont organisés et "dirigés" par des soignants, et plus particulièrement par des médecins spécialistes. Le groupe d'entraide devient alors une sorte d'extension du lieu des soins habituel, un moyen de passer de l'hôpital à l'extrahospitalier. L'avantage est évident; la continuité dans la relation soignant-soigné. L'inconvénient est double: risque de gommer la spécificité de l'entraide, c'est-à-dire la capacité de regard subjectif des patients sur eux-mêmes, et contrôle de la vie des patients (modes d'adaptation, valeurs,...).

Ce phénomène pose un problème si l'on admet que l'objectif général poursuivi est l'autonomie, et si cet objectif s'inscrit dans un contexte philosophique et social d'auto-détermination. Pourtant, entre ce que l'on peut observer et les intentions déclarées, il y a une marge.

Les professionnels de santé disent: "nous pensons qu'il est essentiel que les patients eux-mêmes créent leurs associations, mais nous pouvons apporter l'animation et la coordination nécessaires" (Bulletin Education Patient spécial entraide 1986).

Les associations d'entraide disent: "nous ne souhaitons en aucun cas nous substituer aux soignants; mais nous revendiquons d'être reconnues pour ce que nous sommes!".

### Impact et effets des groupes d'entraide

J'emprunterai pour ce point, l'excellente analyse d'un groupe de travail de l'OMS (réf. 4), qui voit l'action des associations d'entraide dans deux champs différents:

- les actions défensives: défense des intérêts du groupe, soutien et aide des membres, tous concernés par un même problème. Il ne s'agit donc plus seulement de vivre avec, de s'adapter à un problème de santé, mais aussi d'avoir et d'acquérir un nouveau sens d'identité;
- les actions offensives: promouvoir, pousser à la reconnaissance, favoriser le soutien social et politique de l'action menée et des besoins à satisfaire.

### Impact du self-help en matière d'actions défensives

Un impact positif et substantiel sur les personnes souffrant de maladies chroniques a été démontré (réf. 4):

- l'entraide est une source importante de satisfaction sociale indéniable et de soutien affectif et psychologique. Elle réduit les sentiments d'isolement, améliore le sens de l'identité et l'appartenance à un groupe;
- le self-help est une source d'information et d'apprentissage de santé: sur l'adaptation de la maladie, la reconnaissance et le contrôle des symptômes, sur la gestion et les réactions aux situations critiques ponctuelles;
- l'entraide est aussi une source de "modèles" pour l'acceptation et l'adaptation au problème de santé, par l'exemple de patients ayant réussi, surmonté, adapté... Dans certains cas, toutefois, on a pu observer une augmentation du stress et de l'anxiété de certaines personnes.

Par ailleurs, dans certaines situations, la recherche d'un soutien au sein d'un groupe peut mener, par excès, à la création de ghettos, c'est-à-dire à remplacer l'isolement individuel par une forme d'isolement en groupe.

Ces risques d'impacts négatifs dépendent très probablement de la structure du groupe d'entraide et des méthodes employées.

### Impact sur les actions offensives

Dans ce cas aussi, les effets sont en majorité positifs mais certains le sont moins: les associations réussissent plus ou moins bien à créer des sympathies, trouver des moyens, des adhérents, à se faire connaître de toutes les personnes concernées et des membres potentiels.

Cette question nous amène à l'idée d'un "clearinghouse", une sorte de secrétariat social permanent des associations d'entraide qui augmenterait leur capacité à se faire entendre ensemble. L'union fait la force, à condition que la concurrence ne soit pas trop importante.

Et dans le mouvement du self-help, une certaine concurrence existe entre associations, notamment celles qui sont plusieurs à toucher le même public.

Enfin, un dernier effet très positif mais inattendu apparaît clairement. Ces

groupes mobilisent de nouvelles ressources dans le système de santé. Une nouvelle catégorie d'intervenants bénévoles se développe et ajoute un élément aux structures de soins et de santé existantes. Ceci renforce le mouvement "la santé est l'affaire de tous".

En guise de conclusions, je reprendrai cinq questions relevées dans le rapport OMS (réf. 4) et qui semblent rejoindre directement ce que je viens d'aborder:

1. Quelle est la qualité des services offerts par des associations de self-help?
2. Quelles catégories de patients chroniques sont les mieux aidées par l'entraide et quelles sont celles qui sont les moins bien servies?
3. Quel impact les associations d'entraide ont-elles sur les professionnels de soins et de santé... et vice versa?
4. Quelle population est touchée? En d'autres termes, quelle est la partie du public potentiel que l'action actuelle des groupes d'entraide touche réellement?
5. Quelles sont les conditions à réunir pour améliorer les effets positifs et le pouvoir de pression sociale des associations d'entraide?

Autant de questions, de réflexions, de recherches, d'évaluations à développer...

Alain Deccache, Centre d'Education du Patient asbl et RESO-Unité d'Education pour la Santé UCL

### Références

1. Dossier Self-help "Spécial entraide", Bulletin d'Education du patient, Volume 6 n° 2, juin 1987.
2. Opération Self-Help ensemble on va mieux, Question-Santé, périodique trimestriel, janvier 1987.
3. Groupes d'entraide dans la Communauté Française de Belgique, Guide méthodologique. Inventaire 1991, Cellule de coordination intermutualiste UNMS-ANMC.
4. Health Promotion and Chronic Illness. Sous la direction d'A. Kaplun, OMS Europe, et Centre Fédéral allemand pour l'Education pour la Santé, Cologne, 1992.

Cet article est extrait des "Actes du Forum des groupes d'entraide" (voir la présentation détaillée dans la rubrique "Lu pour vous" de ce numéro).■

programmes ont été développés, dont les programmes de prévention des maladies cardio-vasculaires. Dans cette deuxième approche, on peut reconnaître les mêmes fondements épistémologiques que la précédente bien que, dans ce cas, se manifeste plutôt un intérêt pour la diffusion d'un contenu lié à des connaissances biomédicales dites objectives auprès d'une clientèle cible, les adultes en milieu de travail.

Une troisième approche, celle que j'aimerais développer et qui nous inspire dans nos travaux de recherche, peut être qualifiée d'approche dans le travail ou d'approche participative.

Ce qui caractérise l'approche participative, c'est d'une part qu'elle s'intéresse au milieu de travail en tant que contexte social particularisé par une culture organisationnelle, c'est-à-dire par l'ensemble des éléments de culture que véhicule le milieu de travail et dans lequel l'individu interagit dans sa réalité de tous les jours. Dès lors, il s'agit de considérer l'individu comme un acteur social dans un contexte social spécifique qui est celui du milieu du travail et de pouvoir y cerner avec les individus la problématique de leur santé.

Mais examinons quelque peu ce qu'il faut entendre par approche participative. Trois concepts ressortent.

### Le concept de participation

Premièrement, parler de participation, ce n'est pas uniquement parler en terme d'une démocratisation de procédures participatives. C'est avant tout se placer comme intervenant et intervenante dans une perspective d'interaction. Selon celle-ci, tout acteur social développe ses propres visions de la santé, par ses modes de participation sociale ou d'interaction sociale. De plus, dans cet univers d'interaction sociale, on peut reconnaître un certain nombre de processus, une certaine dynamique où interviendront des éléments comme la normalisation, l'adaptation, c'est-à-dire le rapport de l'individu à un contexte culturel, et les mécanismes qu'il développe afin d'être partie prenante dans ces interactions sociales.

Qui dit adaptation dit aussi rapport d'intentionnalité, les enjeux, l'exercice

de pouvoir, la prise en main ou la prise en charge (ce que la littérature anglosaxonne qualifie d'empowerment), c'est-à-dire un ensemble de relations liées à une dynamique qui se place dans ces jeux de pouvoir. Dans ce contexte, la santé peut être considérée comme un des éléments qui peut intervenir dans l'ensemble des rapports et des enjeux que l'on retrouve dans ce milieu.

### Le concept de représentation sociale

Un deuxième concept clé dans l'approche participative est celui de représentation sociale. La santé est vue comme quelque chose de subjectif. Bury a interprété la définition de la santé proposée par l'OMS, "un état de bien-être...", comme pouvant être apprécié par l'individu lui-même et non exclusivement estimé par l'expert médical. Ainsi, la santé peut faire l'objet d'un construit mental comme le poseraient les cognitivistes. Mais le processus de construction de cette "représentation mentale" s'inscrit dans un contexte d'interactions sociales. La santé devient un construit mental, une représentation sociale qui est socialement contingente, multirationnelle et propre aux différents types d'enjeux à la fois liée à l'individu et à ses rapports sociaux. Ainsi il serait plus juste de parler d'une conception intersubjective de la santé.

### Le concept d'apprentissage

Le troisième concept important est le concept d'apprentissage. Il serait possible de considérer l'éducation pour la santé en milieu de travail auprès d'adultes comme un simple événement d'enseignement. Un événement de diffusion de connaissances; un événement où l'on pourrait souhaiter que l'individu informé devienne l'individu agissant pour le meilleur de sa santé. Se centrer sur l'enseignement, c'est se centrer sur un rôle social de diffuseur de contenu. Or en éducation "à" la santé, on a trop souvent limité ce rôle à la diffusion d'information sur les risques de maladies et sur la prescription de modifications de comportements non-adéquats. Par contre, se centrer sur l'apprentissage devient beaucoup plus un

exercice de soutien à un processus que l'on peut qualifier de transformation. Cette transformation doit s'inscrire dans une vision globale de l'individu en tant qu'acteur social.

Ainsi, l'intervention en éducation "pour" la santé doit soutenir chez l'acteur social, un processus d'auto-conscientisation à sa santé qui respecte la nature intersubjective de la réalité sociale et la possibilité de sa transformation.

Si on accepte que tout apprentissage constitue un changement, une transformation, il faut de plus accepter que ce qui est transformé est une représentation sociale. C'est quelque chose qui est déjà là et non pas quelque chose qui est apporté par un messenger et qui est externe ou extérieur à l'individu. Soutenir l'apprentissage dans une perspective socio-cognitiviste réfère à un processus bien défini, permettant de partir d'où l'individu se trouve, c'est-à-dire de son savoir d'expérience à un moment donné de sa vie. Le savoir d'expérience est une expression qui véhicule l'idée de représentation sociale.

L'approche participative devient ainsi un processus de changement émergent et de recadrage qui doit favoriser le transfert d'apprentissages reliés à la santé. Dès lors, la reconnaissance de l'individu comme porteur d'une connaissance en matière de santé (il ne s'agit pas de voir si cette connaissance est vraie, bonne, erronée ou fautive ou partielle), et l'acceptation que c'est avec cette connaissance et sa contextualisation que l'individu organise son agir, sont essentielles pour entreprendre un changement émergent. Bien sûr, pour quelqu'un qui oppose le savoir biomédical (considéré comme un savoir objectif) à une connaissance plutôt mal organisée, diffuse ou plus chaotique, plus proche du sens commun (et dès lors plus subjective), se pose un problème de conscience. Qu'est-ce que la vérité en matière de santé?

Un des éléments qui nous a toujours fascinés dans le discours des individus sur la santé en général, c'est cette espèce d'ambiguïté constante face à la multitude des messages dit objectifs. On ne se retrouve plus par rapport à ce qu'il faut manger et ce qu'il ne faut



pas manger. Quelle est la propriété de tel type de cholestérol ou de tel autre? Est-ce que fumer est néfaste ou est-ce que fumer augmente la productivité?...etc. Il y a toujours le discours des autres, ceux qui se disent scientifiques. Mais il y a aussi la capacité de traitement que l'individu peut avoir dans sa "médiation de pertinence" (1) quotidienne. Il y a de l'information circulante et de l'information structurante. Mais comment passer de la première à la seconde? Ceci soulève certaines questions à savoir: que faut-il enseigner? Que faut-il modifier comme connaissances chez l'individu? Quelle est la portée de ces mêmes connaissances pour l'individu dans sa réalité quotidienne?

C'est dans cette problématique que nous avons inscrit nos travaux de recherche. Ils se situent avant tout dans une étude des processus d'apprentissage, reconnaissant à l'individu son rôle et sa dynamique sociale au niveau des interactions. Dans cette perspective, le milieu de travail est considéré comme un des lieux où se manifestent ces interactions, où se jouent des rapports de pouvoir liés à différents enjeux qui peuvent être à la fois de l'ordre de la réalité de l'adulte, de l'ordre de la réalité de son milieu de travail mais aussi qui peuvent être de l'ordre d'une réalité beaucoup plus large qui est son devenir général. Nos travaux de recherche se sont surtout centrés sur l'étude d'un processus éducatif participatif, en milieu de travail, lié à la santé cardio-vasculaire mais permettant d'atteindre une réalité beaucoup plus large qui était l'adulte face à sa santé.

### Recherche en éducation pour la santé cardio-vasculaire

Voici en quelques mots le programme de recherche développé par des chercheurs du Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Éducation pour la Santé (GRIES) de l'Université du Québec à Rimouski.

Il s'agit d'une recherche en milieu de travail qui se veut exploratoire et longitudinale. C'est une recherche qui se déroule sur une période de cinq ans

auprès de quarante-cinq travailleurs présentant différents facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire. Ces travailleurs font partie d'une même entreprise qui emploie environ mille deux cents personnes. Il s'agit à la fois d'une recherche-action et d'une recherche fondamentale: recherche-action dans sa réalité participative et interactive et recherche fondamentale dans son effort de conceptualisation et de théorisation en éducation pour la santé. Elle se situe au niveau de l'expérimentation d'un processus éducatif participatif permettant l'émergence d'actions-santé et de l'appropriation psychosociale de ces actions par les travailleurs eux-mêmes. Ainsi chaque travailleur est suivi au niveau biomédical, au niveau psychosocial, et au niveau de ses apprentissages et des transferts de ses apprentissages au niveau de sa réalité de travail et de la culture organisationnelle. De plus, l'étude porte un volet d'analyse coût/efficacité sur les conditions d'implantation de cette approche en milieu de travail.

Nous avons tenté dans cette recherche de structurer formellement un processus de changement favorisant l'émergence d'apprentissages. Notre passé et nos intérêts en tant que chercheurs en sciences de l'éducation nous ont amenés à nous intéresser à la pédagogie des adultes ou andragogie, à comprendre et à spécifier quelle serait la nature d'un processus éducatif permettant de soutenir des apprentissages reliés fondamentalement aux acquis individuels et collectifs, nous permettant de tenir compte de ces acquis et de les insérer dans un processus de transformation.

Nous avons utilisé dans le cadre de la recherche-action la méthodologie des systèmes souples (MSS) développée par le professeur Checkland de l'Université de Lancaster en Angleterre adaptée par nous-mêmes à des situations éducatives et sociales. Cette méthodologie repose sur un certain nombre de choix théoriques que je vais tenter de situer rapidement. Ils nous apparaissent d'entrée de jeu comme étant potentiellement appropriés à l'approche pédagogique que nous avons expérimentée.

Premièrement, c'est une méthodologie systémique, relevant de l'école

des systèmes souples et non pas de l'école des "hard systems" ou des approches qui sont propres à l'analyse systémique dure. Elle ne poursuit pas une résolution de problème de type optimaliste comme c'est le cas en analyse de système. La MSS est plutôt adaptative. Elle s'applique bien à des situations complexes où interagissent plusieurs acteurs et dont les problèmes ne peuvent être résolus une fois pour toutes mais sur lesquels on peut agir, comme cela nous semble le cas pour la santé.

Elle est socio-constructiviste car elle permet de respecter les dimensions à la fois individuelle et sociale des réalités où elle est utilisée. C'est aussi une méthodologie qui, dans sa perspective systémique socio-constructiviste, s'inscrit dans une épistémologie relativiste et naturaliste. La méthodologie des systèmes souples présume comme position ontologique que le réel (la santé) est une construction intersubjective, et que nous utilisons l'outil conceptuel qui est la théorie des systèmes (De Rosnay parlerait du microscope) pour travailler sur les différentes visions du réel. Comparée à des positions de tenants des "hard systems", ces derniers nous diraient que la réalité est un système et que l'outil pour étudier ce système serait l'analyse de système. Dès lors, cette position épistémologique nous amène à lier le processus de transformation au développement chez l'individu et chez les groupes d'individus d'une situation provoquant l'expression de représentations de la santé, la délibération et l'échange de ces représentations et la possibilité d'un recadrage de ses propres représentations.

Ce recadrage peut être compris en référence aux travaux de l'école de Palo Alto et plus spécifiquement des théories du changement développées par Watzlawick. La possibilité d'amener un recadrage, c'est aussi une possibilité de générer chez l'individu un ni-

(1) La médiation de pertinence est un concept andragogique qui réfère chez l'apprenant à une appréciation des liens entre un savoir théorique et son savoir d'expérience. Voir Gélinas, Arthur (1984). *Évaluation et multirationalité*. dans PAQJ,ET, Claude éditeur. *Des pratiques évaluatives*. Victoria-ville, Éditions NHP.

# Entraide

## Self-help, entraide et associations de patients

Cet article s'inspire de l'expérience de plusieurs années, et des collaborations entre le Centre d'Éducation du Patient et plusieurs associations de patients, mais aussi des travaux et actions de promotion du self-help de l'association Question Santé, de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes, et du Forum self-help, mis en place à l'initiative de l'UNMS et de l'ANMC. Ce groupe, constitué depuis 1991, rassemble des représentants des associations précitées, du Trefpunt Zelfhulp (Louvain) et de plusieurs associations d'entraide: Association Parkinson Belge, Groupes du Pélican, Outremangeurs Anonymes, ISAAB (réseau d'échanges de savoirs).

### Contexte, raisons et utilités de l'entraide

Lorsqu'on est confronté à un problème de santé chronique, chercher la santé ou le retour à la santé ne prend pas le même sens que pour les autres pathologies.

Il ne s'agit pas d'un retour à une situation antérieure mais bien d'une adaptation à un problème de santé (vivre avec, "to cope with"). L'entraide est donc un moyen de rencontrer d'autres personnes partageant les mêmes réalités.

Tout problème de santé chronique nécessite une adaptation qui passe par un ré-apprentissage, une aide pour la recherche d'une vie nouvelle "qui maintienne l'espoir, réduise les craintes, réserve une qualité de vie prenant en compte les problèmes de santé, mais sans en dépendre".

L'adaptation requiert un "ingrédient" que l'on trouve quasi naturellement lorsqu'on n'est pas malade, le soutien social. Dans les problèmes de santé chronique un soutien social reconstruit, est essentiel et nécessite empathie et compréhension par les autres.

L'entraide est donc avant tout une forme de soutien social au sens large. Il s'agit de compréhension, de partage de valeurs d'une nouvelle vision du monde par la famille, l'entourage, les pairs, des collègues et des professionnels de santé.

Il s'agit aussi plus largement, d'un soutien, d'une reconnaissance des personnes et de leurs problèmes par la société et ses composantes institution-

nelles, politiques, administratives, etc...

L'entraide, c'est aussi un volet du traitement. Le rôle des professionnels de santé se limite à leur terrain d'action (Centre de soins) ou au moment de leur intervention. Les traitements, la prise en charge de la maladie chronique, et l'adaptation sont des problèmes quotidiens, que seuls les malades vivent et connaissent vraiment; cela implique une aide en dehors du système de soins.

Il y a donc naturellement une place, dans le processus thérapeutique, pour des personnes ayant une expérience subjective, tout aussi importante que l'expérience objectivée des personnels de soins.

### Personnes malades "en bonne santé"?

Le paradoxe n'est qu'apparent. Si on admet une vision large de la santé, comme équilibre bio-psychosocial, cet équilibre comprend également une capacité d'adaptation. On peut donc trouver une manière de vivre qui fasse la part des valeurs, de la vie sociale et des besoins engendrés par les problèmes de santé. On peut être diabétique et en bonne santé.

Il existe donc plusieurs sortes d'entraide:

- selon l'action: orientée vers un ou différents types d'activités;
- selon la place occupée par rapport au personnel de soins et de santé, en symétrie (rare), ou en complémentarité (souvent);
- selon le public: les membres du groupe (entraide) ou des personnes extérieures au groupe (recherche de reconnaissance);
- selon l'orientation: association concernant un problème de santé vécu et association à visée préventive.

### Fonctions de l'entraide

Chaque groupe d'entraide remplit, auprès de ses membres, une ou plusieurs des fonctions suivantes (J. Brancaert OMS, 1992):

- soutien individuel, moral et psychologique. Au domicile des membres, au siège de l'association ou dans des institutions de soins. Cette fonction est remplie parfois avant une intervention chirurgicale, parfois après une hospitalisation. Cela pose le problème de savoir qui prend l'initiative de l'entraide;

de l'association, la personne elle-même, ou les personnels de santé;

- aide sociale, administrative, juridique (souvent individuelle). Ce type d'association peut même fournir une aide financière directe;

- information des membres. Par la publication de périodiques, les groupes d'entraide rendent compte de la vie de l'association, mobilisent les énergies sur une action ponctuelle en cours, informent sur les développements médicaux et légaux, sur les aspects de la santé, traitements, régimes,... La publication de brochures, vidéos, livres, s'inscrit dans le cadre de cette fonction;

- aide matérielle. Fourniture, prêt et exposition de matériels divers;

- informations des professionnels de soins et de santé. Pour certains problèmes de santé relativement peu fréquents, cette fonction constitue une source de formation permanente des professionnels de santé, une proposition de collaboration et une voie de contact pour les nouveaux patients;

- développement des relations avec l'administration et le politique. Interpeller les responsables, faire reconnaître les besoins, améliorer le statut social, sanitaire et financier des membres, renforcer le travail de l'association, rechercher des moyens et faire une forme de pression sociale (lors d'introduction de projets de loi) sont autant de fonctions de l'entraide;

- information du grand public, afin d'améliorer les moyens de pression de l'association, de faire connaître et reconnaître le problème éventuel, voire même de collecter des fonds et d'améliorer les moyens de l'association (avec certains risques réels de dérapage des objectifs "charity business"...);

- rôle de contre-poids, de contre-pouvoir par rapport aux professionnels de santé, au système de santé surtout dans un contexte d'amélioration, d'humanisation des soins et de la participation des soignés.

### Collaborations et conflits

Alors qu'en principe, on pourrait s'attendre à voir une relation de complémentarité entre groupes d'entraide et

qu'ils trouvaient cela trop sophistiqué. Il leur fut répondu que "c'était ça qui intéressait les gens (voyez Dallas et compagnie)". Expertise, parole d'oracle ou réflexe commercial non négociable de la part des réalisateurs et des producteurs ? En tout cas nos spécialistes de l'éducation pour la santé ravalèrent hâtivement leurs objections. Ainsi fut clos, apparemment, le chapitre des référents culturels et sociaux. Grave lacune, pourtant, qui fait fi du principe fondamental de l'"insécabilité" du concept global de santé dont il s'agit d'assurer la promotion. Ainsi, on ne peut impunément asseoir l'efficacité d'une action thématique sur des messages qui nuisent à d'autres aspects de la promotion sanitaire (exemple: renforcer le cliché ségrégationniste et dépréciatif "santé = jeunesse" en recourant systématiquement à des images "positives" de non-fumeurs juvéniles ou en ne faisant jamais la promotion de l'activité physique qu'à travers des images caractéristiques des athlètes de moins de trente ans, de classe aisée et de culture d'adoption néo-californienne).

### Les gourous au balcon

Indépendamment même des qualités ou défauts du feuilleton télévisé finalement produit (et interrompu, soit dit en passant, suite à un diagnostic de popularité insuffisante), que nous révèle finalement cette anecdote médiatico-sanitaire ? Que dans la triangulation des divers spécialistes-partenaires, évoquée plus haut, les gens de spectacle l'emportent manifestement sur les pédagogues ou les militants de la santé. Et souvent par simple autorité infuse. Au nom d'un impératif souverain de séduction, dont les ténors médiatiques s'arrogent volontiers le génie appréciateur et dont peu de gens osent leur disputer, et a fortiori leur contester, l'expertise "objective".

Asymétrie foncière, donc, derrière ce que les partenaires s'ingénierent pourtant à présenter au colloque — sans doute en toute sincérité de leur propre point de vue — comme une expérience passionnante de coopération loyale et fructueuse. J'y vois au contraire un déséquilibre symptomatique des pouvoirs et même un renversement des rôles (les "habilleurs" devenant, sur bien des points essentiels, les vrais

scénaristes). Est-ce une fatalité navrante de telles collaborations, qui ouvre surtout la porte à des dérapages insidieux ? Est-ce un compromis acceptable, au regard de l'accroissement d'impact qu'il est supposé garantir a priori ? En amont de ces questions, il importe peut-être d'abord de réfléchir à ce qui explique la relative démission-fascination de certains éducateurs pour la santé devant les "communicateurs de masse". Quelques propos entendus au cours du colloque apportent, me semble-t-il, des éléments de compréhension inédits sur ce point.

A plus d'une reprise, en effet, des orateurs et intervenants, parmi les plus visiblement ouverts aux campagnes médiatiques, déclarèrent avoir été tentés d'explorer des formes plus "attractives" de communication parce que les voies et messages "traditionnels" de promotion de la santé "ennuyaient" ou "rebutaient" bien souvent les gens. En somme, si l'on accorde foi à cette auto-justification des agents de santé publique — de certains d'entre eux, en tout cas —, c'est une sorte de conscience malheureuse de leur propre impuissance à susciter facilement l'adhésion du public qui les conduirait à se réfugier dans le giron rassurant des (pseudo-)spécialistes de la communication.

Si épargner au public un discours rébarbatif est réellement leur motivation principale, cela appelle au moins quelques remarques en forme d'interrogations.

Jusqu'où, par exemple, l'éducation pour la santé — si elle tient à rester fidèle à l'essence de toute éducation (5) —, doit-elle viser à tout prix à séduire ? Nous avons à peu près tous connu des maîtres ou des personnalités typées qui nous ont instruits, de façon formelle ou informelle, qui nous ont aidés à cheminer dans la vie, qui ont infléchi notre vision du bien, du souhaitable. Une des principales caractéristiques de ces personnages n'est-elle pas qu'ils nous apportaient bien souvent autre chose que ce que nous demandions a priori: de l'inattendu, du bousculant, de l'exigeant ? Faisons le compte: ceux qui nous ont en définitive le plus marqués n'étaient-ils pas — comme par hasard — ceux qui étaient aussi les moins obnubilés par le désir d'abonder dans nos penchants, de nous plaire immédiatement ?

De la même façon, sous peine de verser dans l'hypocrisie, la démagogie ou la duplicité, l'éducation pour la santé ne doit-elle pas être assumée jusqu'à un certain seuil comme un discours nécessairement conflictuel, en partie déplaisant: celui de gens partisans, intrusifs, intentionnés; des gens qui, à tort ou à raison, se positionnent fondamentalement en redresseurs de complaisance et de laisser-faire ?

J'ai dans ma collection une vieille brochure intitulée "Contre les maladies sociales, unissons-nous". Elle fut éditée en 1930 par la Section sociale de la Commission nationale des fêtes du centenaire de la Belgique. Si son style est désuet, son contenu rejoint peu ou prou celui de maintes campagnes d'hygiène comportementale toujours en vogue aujourd'hui. Mais ce qui frappe, c'est qu'au verso le lecteur était invité à se procurer d'autres exemplaires de cette brochure à des fins de "propagande". Le mot était banal à l'époque. Aujourd'hui, il heurte et, à coup sûr, fait totalitaire. Il avait en tout cas le mérite de la glasnost avant la lettre. Il ne baptisait pas "moineau" le renard fureteur.

Je ne prône pas forcément un modèle autoritaire d'éducation pour la santé. Mais je serais surtout inquiet qu'un tel modèle, sans rien changer fondamentalement à sa nature, donne si bien le change par ses atours formels qu'il n'apparaîtrait plus aujourd'hui pour ce qu'il est. Un maléfice secondaire de l'allégeance aux modes de séduction médiatiques pourrait être celui-là: camoufler un projet foncièrement normatif en le travestissant en opération ludique ou en le moulant dans les formes du loisir prémâché qui sont actuellement les plus prisées, car les plus faciles à digérer.

Thierry Poucet ■

(5) Qui est, en gros, d'inculquer des règles de conduite (fussent-elles très souples); de proposer des valeurs-repères (fussent-elles reconnues d'emblée comme relatives et sans monopole de légitimité); de dispenser un savoir structurant et opérationnel permettant aux individus d'organiser leur vie, d'entrer en relation avec leur environnement, de faire face aux vicissitudes de l'existence; de proposer des objectifs précis concourant à une forme donnée de bien-être individuel et/ou d'intérêt général; etc.

veau de conscience par rapport à la réalité de santé sans utiliser une prescription de sens telle que Watzlawick le conçoit (2). La différence dans notre démarche par rapport à la démarche de Watzlawick, c'est que le changement de niveau 2 que ce dernier propose dans sa théorie du changement est liée à une prescription de sens que le thérapeute va placer dans l'univers des représentations de l'individu. Pour nous, il est possible de faire le même type de recadrage, le même type de processus, sans qu'il y ait prescription de sens provenant d'un expert externe; mais de permettre par la dynamique même du groupe, d'en arriver à ce que la diversité et la multirationalité de cette situation d'interaction sociale favorise un recadrage non prescriptif.

Cette perspective non prescriptiviste recadre le débat sur l'intervention d'éducation pour la santé en milieu de travail. La conception de la diffusion d'information objective comme étant porteuse de processus de transformation est remise en question. A

l'origine de notre projet de recherche, une revue de littérature sur l'ensemble des programmes d'intervention en milieu de travail au niveau des maladies cardio-vasculaires nous a permis de voir que l'ensemble des processus éducatifs utilisés, bien que très peu documentés, étaient constamment liés à des prescriptions comportementales qui se présentaient comme des devoirs, comme des agir obligatoires et nécessaires afin de développer une meilleure santé ou encore se maintenir en santé.

Nous avons totalement exclu cette approche prescriptive de notre processus d'intervention. Dès lors l'expérimentation sur le terrain de la méthodologie des systèmes souples, dans le cadre d'un processus éducatif participatif, nous permet, sur une période de cinq ans, avec ces mêmes travailleurs, de voir comment une approche en éducation pour la santé de type non prescriptive et participative, mais qui n'est pas non plus de l'ordre du laisser-faire, permet l'émergence de comportements pouvant avoir un

effet bénéfique sur la santé de ces individus.

Je suis bien conscient de n'avoir pu vous présenter que les grandes lignes d'une nouvelle façon d'aborder la problématique de l'éducation pour la santé chez l'adulte. Bien que la réalité du travail soit importante dans la vie de l'adulte, on ne saurait y situer qu'une partie significative de son univers interactionnel. Notre contribution de recherche nous permet de reconnaître l'importance et la nécessité d'une vision holistique de l'intervention en matière d'éducation pour la santé. Il en va de notre cohérence et de notre habileté à considérer l'humain dans toute sa complexité.

Arthur Gélinas, Yvon Bouchard, Professeurs à l'Université du Québec (Rimouski). La communication orale était d'A. Gélinas seul. ■

(2) Voir WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J., FISCH, R., (1975). *Changements, paradoxes et psychothérapie*. Paris: Editions du Seuil.

## ■ La personne âgée, un public cible pour l'éducation à la santé?

Est-il utile, est-il opportun d'entreprendre une éducation pour la santé dirigée vers la personne âgée? C'est à cette question que je voudrais vous inviter à réfléchir.

Commençons peut-être par préciser ce que nous entendons par "personne âgée". Car ce terme n'est défini par aucune norme biologique ou psychologique. Généralement, on considère comme vieux ceux qui appartiennent aux générations antérieures et, plus on est jeune, plus l'espace d'une génération se raccourcit. Depuis l'instauration de la retraite obligatoire, la cessation d'activité professionnelle marque un point de repère social qui fixe l'entrée dans ce que l'on appelle "le troisième âge". Mais voici que l'espérance de vie aux âges avancés s'allonge et que ces jeunes vieux qui se portent bien refusent de se voir relé-

gués dans la vieillesse inactive, malade et dépendante, celle qui constituerait le "quatrième âge". Quand débute celui-ci? A 75 ou 80 ans? Certes, les risques de maladie et d'incapacité entraînant un handicap augmentent avec l'âge, mais les études récentes menées sur les octogénaires révèlent que, même à cet âge, ils peuvent faire face aux difficultés et que la majorité d'entre eux arrivent à mobiliser leurs ressources personnelles et celles de leur entourage pour vivre indépendants et autonomes.

Le premier stéréotype à abattre lorsqu'on s'intéresse aux personnes âgées, c'est l'assimilation tout à fait fautive entre vieillesse, maladie, déclin et dépendance. La vieillesse est multiple et, statistiquement, il y a plus de personnes en bonne santé après 65 ou 75 ans que de malades ou de dépendants.

Adoptons si vous le voulez bien comme convention de nous intéresser aux personnes de plus de 65 ans sans pour autant sombrer dans les représentations négatives des "agistes" et reposons notre question. Convient-il de les considérer comme un public potentiel de l'éducation pour la santé?

Donnons d'abord la parole aux sceptiques. Paraphrasant la morale d'une fable de La Fontaine, ne pourrait-on dire: "Passe encore de soigner, mais éduquer à cet âge !..." Quand bien même on réussirait, les avantages seraient bien minces car le temps manquerait pour bénéficier de ce que pourrait apporter l'acquisition d'un comportement plus favorable à la santé.

D'autres font remarquer avec justesse que plus les comportements sont acquis depuis longtemps et reposent sur

des convictions anciennes, plus il est difficile d'en changer. Ne vaudrait-il donc pas mieux réserver aux plus jeunes des efforts qui chez eux seraient plus efficaces?

Je suppose que vous voudriez répondre à ces propos pessimistes et y opposer de nombreux arguments et peut-être faire part de vos expériences dans ce domaine. Alors, prenez la plume et écrivez-nous.

Mais je voudrais poursuivre en attirant votre attention sur le fait que la pratique des services de santé semble donner raison aux sceptiques.

### Quelles pratiques en éducation pour la santé?

Lorsqu'il s'agit de la personne âgée, même dans des pays qui, comme le Québec, ont une politique dynamique de prévention, on enregistre les constatations suivantes:

1. La prévention tertiaire des incapacités et des handicaps apparaît comme une priorité absolue, elle a un très large champ d'application dans l'unité systémique que constitue le vieillard, sa famille, le réseau social environnant et les soignants.

2. La prévention secondaire, c'est-à-dire le dépistage des déficiences, des incapacités ou des handicaps de la personne âgée ne semble pas modifier la santé ultérieure des intéressés. C'est en tout cas le résultat de diverses études relatées par Pierre Durand, gériatre de l'Université Laval à Québec (1).

3. En matière de prévention primaire, on constate un très faible investissement: les campagnes d'éducation sanitaire destinées aux personnes âgées n'ont rencontré que peu de succès. Seules les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos et l'influenza se sont imposées.

En Belgique, les initiatives de prévention et d'éducation pour la santé orientées vers la personne âgée sont rares: prévention des chutes, prévention de l'ostéoporose, entraînement à la mémoire, préparation à la retraite. Ces initiatives intéressantes restent trop souvent locales ou sporadiques.

Faut-il pour autant donner raison aux sceptiques? C'est loin d'être sûr mais

on ne peut pas envisager un programme de prévention destiné aux personnes âgées en isolant celles-ci du reste de la population et sans envisager la santé de manière globale comme une capacité d'autonomie (2).

### Santé globale toujours!

Il faut replacer les personnes âgées au sein de deux dynamismes fondamentaux.

- Le dynamisme de leur génération: elles ont subi et bénéficié de certaines circonstances historiques (guerre, crise économique, amélioration du niveau de vie, progrès technologiques). Leur développement personnel s'est fait avec leur temps. Les choix qu'elles ont opérés, les contraintes qu'elles ont subies influencent leur manière de vivre et leur santé d'aujourd'hui.

"Tous les remèdes qu'on propose pour pallier la détresse des vieillards, écrit Simone de Beauvoir (3), sont si dérisoires... Je ne dis pas qu'il soit tout à fait vain d'améliorer au présent leur condition mais cela n'apporte aucune solution au véritable problème du dernier âge: que devrait être une société pour que dans sa vieillesse un homme demeure un homme? La réponse est simple, il faudrait qu'il ait toujours été traité en homme."

En conséquence, il importe d'une part de respecter les vieux d'aujourd'hui pour ce qu'ils sont, sans exiger d'eux qu'ils deviennent comme nous voudrions qu'ils soient, et d'autre part de préparer les générations actuellement plus jeunes à une vieillesse d'homme, demain.

- Le dynamisme de l'époque présente: en toute époque, la société se nourrit d'échanges entre les générations tant affectifs, qu'économiques et culturels. L'éducation à la santé doit, nous le savons, s'inscrire dans ce contexte à la fois institutionnel et culturel d'échange. Ce serait une profonde erreur, sous prétexte d'efficacité, que de cloisonner les actions et les publics visés.

Je voudrais illustrer ce propos de deux exemples:

- Le premier se fonde sur les études menées par l'Institut Max Planck de Berlin (4) sur la Sagesse. Celle-ci est

une forme particulière d'intelligence de l'adulte qui se définit notamment par une compétence dans la vie. Cela signifie concrètement: avoir une idée claire des difficultés qu'on peut rencontrer au cours de l'existence et des différentes manières d'y répondre. Son développement s'effectue, entre autres mais de manière tout à fait privilégiée, dans la relation de l'enfant adulte avec ses parents âgés nécessitant de l'aide. Dans cette relation, celui qui aide sur un plan reçoit sur un autre plan. Le fils ou la fille parcourt un chemin difficile qui peut le mener à une maturité filiale qui ne repose pas sur un sentiment de culpabilité mais sur le sens de la responsabilité. Le parent qui demande de l'aide à ses enfants les aide à atteindre cette maturité par la manière dont il demande, reçoit et accepte cette aide. C'est dans cette relation réciproque entre parents et enfants que se cherche une difficile alliance entre dépendance et autonomie. Nous pensons que ce processus fait partie de l'éducation à la santé.

- L'autre exemple est plus concret. Il y a une vingtaine d'années, une dame avait ouvert à Bruxelles une maison pour "filles du juge", comme on les appelait autrefois. Elle se vit amenée à en accueillir, qui revenaient plus tard avec un bébé sur les bras. Elle constata que ces filles recherchaient la compagnie de certains vieux du voisinage et que ceux-ci accueilleraient sans problème les filles-mères et leurs enfants. Manifestement le courant passait et il

(1) DURAND P.J., *Les champs de la prévention en gériatrie: l'individu, la famille, la cité et son réseau de soins*, in: *L'interdisciplinarité en gérontologie*, Actes du IVe Congrès international francophone de gérontologie, Montréal, Maloine, 1990, pp.3-9.

(2) DUFRESNE J. *La santé*, in: *Traité d'anthropologie médicale*, chap. 49, Québec, Presses de l'Université du Québec, 1985, pp.985-1013.

(3) DE BEAUVOIR S., *La vieillesse*, Paris, Gallimard, 1970, p.568.

(4) DITTMANN-KOHLI F., *Weisheit als mögliches Ergebnis der Intelligenz-Entwicklung im Erwachsenenalter*, Sprache und Kognition, N°2, 1984, pp. 112-132, MARCOEN A., *Maturité filiale et sagesse*, in: *Psychogériatrie, aspects préventifs et curatifs*, Bruxelles, Fondation Julie Renson, 1988, pp.179-191.

munautés et les personnes visées, des messages et outils que les professionnels leur destinent pour "leur" bien-être.

Eh bien, à Amsterdam, on en était souvent très loin, de ce paradigme démocratique. Une des conférencières (3), découvrant les vertus de la transdisciplinarité, exposa triomphalement un schéma en forme de triangle, représentant aux ignares ébahis que nous étions les trois catégories d'acteurs conviés à collaborer étroitement à l'élaboration d'un produit éducatif (en l'occurrence, une série télévisée de fiction) pour en faire une pure merveille d'adéquation aux besoins sanitaires de la population. Voici les heureux élus siégeant aux trois sommets du triangle: "les spécialistes du sujet traité (nutritionniste, cardiologue), les spécialistes des médias (scénariste, producteur, metteur en scène, acteurs) et les spécialistes en éducation pour la santé". Des professionnels à la pelle, en somme. Ne manque-t-il vraiment personne... à l'appel? N'y a-t-il pas là une grossière éviction du public, comme "sujet" de sa vie, de son histoire et de son destin, qui nous ramène brutalement à l'éducation sanitaire et à l'hygiénisme paternalistes d'antan?

### Rock (Hudson) around the AIDS

Mais le plus symptomatique, aujourd'hui, est peut-être encore — au-delà de cette négation des ressources profanes — le poids spécifique accordé aux nouveaux gourous de l'efficacité (j'ai nommé les spécialistes de la "communication") dans la triade professionnelle précitée. Déjà nous avons entendu une "psychologue des médias" (4), nous tenir sur la "personnalisation" à l'intérieur des messages d'éducation pour la santé un discours... digne d'un directeur de marketing d'une grosse agence de publicité. Pour elle, ça ne faisait pas un pli, il fallait par exemple miser sur le charisme, l'érotisme, le style de vie extraordinaire, car "il y a un consensus sur la séduction (minceur, jeunesse), pour les femmes surtout, et cela aussi bien dans la vie que dans les médias...". Et de prôner alors le recours aux vedettes, sous prétexte que "la discussion publique autour du sida s'est remarquablement modifiée lorsque Rock Hudson et d'autres célébrités ont été associés au

### L'éducation pour la santé a sa novlangue: branchez-vous!

De retour d'Amsterdam, nous avons retenu qu'il y avait des expressions nouvelles à utiliser pour être du dernier bateau "communicationnel". Comme on n'est pas des égoïstes, on vous les communique. Usez-en sans modération.

1. "Interactif": on vous a déjà parlé de ce nouveau label-fétiche dans le numéro précédent d'Education Santé; nous ne le citons donc ici que pour mémoire. Retenez bien la nuance, cependant: parcourir des yeux la table des matières d'un ouvrage en mouillant son doigt pour tourner les pages, c'est hyper-ringard et tristement passif. S'abîmer les yeux des heures durant devant son écran couleur en effleurant des zones qui vous renvoient miraculeusement à d'autres cases qui vous renverront ensuite à d'autres zones, c'est géant et "interactif".

2. "Visuel": un visuel, en langage de pub, c'est tout simplement une illustration qui accompagne un slogan ou un texte. Comme tout réside aujourd'hui dans le choc des images, on considère que le slogan et le texte, eux, ne sont pas "visuels". Olfactifs, peut-être? Allez savoir! C'est vrai qu'il y a des slogans puants...

3. "Concept": en langage de pub, toujours, le concept est le coeur de l'acte créatif. C'est la "trouvaille", unique en son genre, du "concepteur" qui va ainsi singulariser un produit sur la scène marchande, faisant en sorte qu'on ait l'impression qu'il ne ressemble à aucun autre. Dire d'une eau gazeuse célèbre qu'elle est "folle" c'est un concept identificatoire de cette eau. Comme on le voit, ça ne peut servir qu'à une marque en particulier. Le plus curieux, c'est que le mot "concept", en français, veut dire exactement le contraire: il désigne une catégorie de choses disparates et néanmoins reconnaissables, par abstraction "conceptuelle", à leurs traits communs. Le mot "table", par exemple, renvoie sans équivoque à tout un ensemble d'objets de formes, de couleurs, de matières, d'âges extrêmement variés mais qui remplissent ou ont rempli une même fonction pratique générale. Dans ce sens, les concepts sont quasi éternels. On comprend que les fabricants d'éphémère et de coups de flashes se soient emparés d'un terme aussi prestigieux pour désigner leurs petites inventions express et leurs cogitations jetables.

4. "Publicité gratuite": détrompez-vous, il ne s'agit pas ici d'espaces publicitaires classiques offerts à un organisme d'éducation pour la santé par un quelconque sponsor... A plusieurs reprises, au cours du colloque, des intervenants désignèrent par cette formule assez curieuse les articles de presse "normaux" faisant écho au thème d'une campagne. Faire parler d'un sujet, c'est décrocher de la "publicité gratuite". Pas sûr que l'image de marque du journalisme sorte vraiment redorée de cette vision méprisante de ce beau métier.

5. "Vendre une campagne". Dans la bouche de certains, on sent que c'est le "must": on ne diffuse plus une idée, on ne développe plus une action, on ne répand plus un message, on n'organise plus une campagne... on les vend! Sans commentaire.

T. P.

problème". Le pire, c'est que chez les marchands de soupe publicitaire, ce genre d'argument est asséné sans fioriture; tandis que dans un colloque comme celui-ci, et dans la bouche d'une chercheuse universitaire en psychologie des médias, il est présenté comme découlant d'un état des connaissances et d'une revue de littérature en bonne et due forme!

Quant aux éducateurs sanitaires de la Fondation hollandaise du coeur, interrogés sur les "modèles sociaux" et le "fond culturel" de leur feuilletton éducatif (celui-ci mettait en scène de beaux jeunes cadres évoluant dans un centre de soins corporels haut de gamme,

genre thalasso-fitness), ils répondirent avec une désarmante franchise qu'ils avaient eux-mêmes eu un mouvement de recul, dans un premier temps, devant le décor choisi pour le déroulement de l'intrigue. Ils ont dit à leurs partenaires de la chaîne télévisée AVRO

(3) Martine Bouman, de la Fondation hollandaise du coeur, à propos d'un feuilletton télévisé sentimental ("*Villa Borghese*", 1991) conçu entièrement aux fins de distraire de façon distrayante des conseils touchant aux comportements préventifs dans le domaine des affections cardio-vasculaires.

(4) Mme C. van Bronswijk (Université d'Utrecht).



## ■ L'éducation pour la santé vendue aux enchères de la séduction?

Amsterdam m'a déçu. Je ne parle pas de la promenade d'un soir sur les canaux de la ville historique. Non. Je parle de la laborieuse circulation en rond — et plus encore en ronron — que j'ai vécue trois jours durant sur les canaux de communication d'un colloque malheureusement obstrué de poncifs, du plus archaïque au plus futuriste.

Je parlais pourtant avec un sentiment un peu fleur bleue, que certains mettront probablement sur le compte de la naïveté. Oui, je le confesse, j'abordais ma première (et sans doute dernière) grande conférence de l'U.I.E.S. persuadé que je pénétrais dans le temple des temples en matière d'éducation pour la santé. Le programme, entre autres, avait renforcé chez moi cet optimisme peut-être en partie chromosomique.

J'imaginai sincèrement, en effet, que sous le parrainage d'organismes si prestigieux et dans un brassin international de ce niveau, on allait pouvoir vibrer au triple diapason: 1) de la sagesse et de la lucidité accumulées par tant de professionnels chevronnés réunis (qualités incluant forcément les vertus de rigueur et de modestie: plus on est compétent, en général, moins on est prétentieux); 2) d'une vaillance inaltérable, confiante principalement dans les ressources de l'humanité ordinaire; 3) d'un capital unique de richesses théoriques et pratiques lié à la diversité des expériences, des cultures et des situations représentées...

### Vents dominants

A de notables exceptions près (1) — d'autant plus notables d'ailleurs qu'elles auraient dû constituer la règle et donner le véritable ton d'une telle conférence — c'est tout le contraire qui s'est présenté à mes yeux: beaucoup de superficialité dans les exposés, y compris chez certains ténors; une pensée déferlante idéalisant le créneau "mass media" et laissant peu de place à sa critique en profondeur ni même à sa relativisation ou à son positionnement spécifique parmi les multiples stratégies éducatives possibles;

des engouements aveugles — frisant le ridicule — pour divers gadgets strictement instrumentaux comme les "nouveaux systèmes de communication" (2); un oubli insistant et sourdement méprisant du savoir profane et de la culture non professionnelle; une allégeance sournoise à des modes (comme l'obsession de séduire, de préférence par l'image) que je considère, à mesure qu'elles enflent, comme plutôt annonciatrices de perversions nouvelles que de progrès en matière de promotion de la santé...

Un malaise certain, donc, devant les vents dominants d'une manifestation, qui — faute de débat nourri autour des présupposés de diverses thèses énoncées — rendit le mouvement des idées plus aspirant qu'inspirateur et l'atmosphère générale plus édifiante qu'édificatrice.

### Lignes de fractures

Est-ce la fascination actuelle pour la communication médiatique et pour les nouvelles technologies de l'information qui déprimait l'esprit critique de la plupart des participants? Est-ce la loi du savoir-vivre dans les grands colloques qui veut que le souci de la bienséance oratoire inhibe jusqu'à l'expression des désaccords? Est-ce l'esprit de corporatisme et le mythe de la neutralité scientifique qui l'emportent déjà dans le milieu de l'éducation pour la santé et interdisent la mise en évidence de lignes de fracture idéologiques internes, parfois profondes, entre les acteurs d'un même "secteur"? Toujours est-il qu'au bout du compte, subsistait une impression amère d'hypnose collective et de régression vis-à-vis de l'essentiel. En particulier vis-à-vis de maints principes, valeurs et repères "modernes" en éducation pour la santé, que l'on aurait cru plus consensuels et mieux stabilisés. Voyons cela à travers un ou deux exemples...

Il me semble qu'une éducation pour la santé ayant atteint une certaine maturité éthique et — j'oserais dire — anthropologique s'appuie nécessairement, entre autres, sur la conviction

que l'éducation et la communication, dans leurs finalités d'épanouissement individuel et de changement social, sont des processus à double sens, foncièrement non hiérarchisés. L'émetteur-animateur initial a autant à apprendre "du" récepteur-destinataire qu'il n'a "à lui" apprendre. Ce qui implique un choix relationnel précis, dicté par un principe démocratique extra-scientifique et néanmoins opératoire: celui de l'appropriation, par les com-

(1) L'exposé du sociologue texan Alfred McAlistler, repris dans le volume "Actes et résumés" de la Conférence, sous le titre "Behavioral Journalism: The Audience is the Message", mériterait une large diffusion et une discussion ouverte parmi les agents d'éducation pour la santé de notre terroir. Le cœur de sa thèse: se méfier du "marketing social", qui délègue à des bateleurs très onéreux le soin de lancer une campagne sanitaire comme on lance un produit de consommation ou un personnage politique, et lui préférer un travail direct de persuasion intensive des responsables de journaux ou d'émissions, pour qu'ils intègrent, dans leurs productions et sous une forme journalistique, des récits de gens ordinaires expliquant les avantages (authentiques) qu'ils ont retirés du comportement sanitaire recommandé. Nettement moins avaleur de budgets — même s'il exige de déployer beaucoup d'énergie lobbyiste —, ce modèle constitue une version journalistique de l'influence par les pairs et offre l'insigne avantage de coller aux situations, aux traits culturels et aux motivations réelles du public-cible.

(2) Le prof. J. P. Schadé (Education Media Institute, Université d'Utrecht) nous fit un éloge si enthousiaste, si inconditionnel et si caricatural des nouveaux supports de données dits "multimédias" (CD-I, CD-ROM, etc.) et des modes d'accès à leur contenu dits "interactifs", qu'on se demandait parfois si on assistait à une conférence scientifique ou aux boniments d'un responsable de stand survolté au Salon de l'informatique. Une de ses perles: "le CD-I est tellement compact qu'on peut même l'emmener dans n'importe quel petit village au milieu de l'Afrique". Oui, à condition d'avoir des boys pour porter l'écran, la génératrice et le carburant! Sur ce genre de délire prophétisant au départ du seul critère technologique une radicale et radieuse "révolution dans la manière de communiquer", on se rincerait utilement l'esprit en lisant l'article de Philippe Breton, "Informatique et utopie", paru dans "Le Monde diplomatique" de mai 1993, p. 32.

y avait entre eux un échange où chacun trouvait son compte pour résoudre ses propres problèmes. Elle décida donc d'ouvrir sa maison aux personnes âgées. Sept maisons fonctionnent à Bruxelles selon ce modèle de logement social accompagné et elles n'ont pas fini de nouer des liens de solidarité. Plusieurs sidéens y ont récemment trouvé refuge.

En conclusion, si nous revenons à notre question de départ au sujet de l'éducation à la santé auprès des per-

sonnes âgées, on peut dire qu'il y a de nombreuses actions spécifiques à mener auprès d'elles, mais à une condition: c'est que l'action conduise la personne âgée à se définir comme plus autonome, parce que reconnue comme telle par d'autres. Cela implique un type de relation très ouvert et reposant sur une reconnaissance mutuelle vécue au quotidien.

Une dernière suggestion: chaque fois que nous construisons un programme d'éducation pour la santé, nous de-

vriens nous poser la question: "En quoi les personnes âgées pourraient-elles intervenir dans ce programme en tant qu'acteurs?". Si nous trouvons le moyen de les y associer, nous renforçons des interactions qui peuvent devenir très riches. Il sera bien difficile alors de déterminer qui est le premier bénéficiaire du programme, qui est l'éducateur et qui est l'éduqué. Et ce serait probablement tout bénéfique pour une vraie éducation à la santé!

X. Leroy, Directeur ff du RESO ■

## ■ Home Sweet Home?

### Prévention des accidents domestiques chez les personnes âgées

#### Le groupe santé

Depuis maintenant plus de deux ans, un groupe de réflexion s'est créé au sein de l'Union Chrétienne des Pensionnés (UCP) du Brabant Wallon. Son but est de définir une politique globale et cohérente en éducation à la santé pour le public de cette association. C'est ainsi que se réunissent chaque mois des responsables des amicales, du service UCP fédéral et du service Infor Santé. Après une période de réflexion tous azimuts, le groupe s'est fixé quatre axes de travail à long terme: le secteur animation-conférence, les médicaments (consommation-surconsommation), le sport et les accidents domestiques. Il a choisi d'aborder prioritairement le thème des accidents domestiques chez les personnes âgées et de mener une action d'envergure sur ce sujet dans tout le Brabant Wallon.

La gestion de ce projet est menée conjointement par l'UCP et le service Infor Santé des Mutualités Chrétiennes du Brabant Wallon. L'UCP, en tant que mouvement, propose cette action à son public (amicales, clubs sportifs). Infor Santé apporte ses compétences techniques en matière d'éducation à la santé (dossiers d'animation, formation d'animateurs, articles de presse, contacts avec les autres organismes...).

Dès le départ, nous avons contacté d'autres services d'éducation à la santé s'occupant de la prévention des accidents domestiques (Educa-Santé, l'Institut Européen Interuniversitaire de l'Action Sociale, Question Santé, Education Santé,...) qui nous ont aidés à définir nos objectifs et à affiner notre campagne. C'est ainsi que très vite, nous nous sommes rendu compte que l'accident-type au troisième âge, c'est la chute.

#### Stratégie développée

##### Une phase de sensibilisation générale

Une sensibilisation du public âgé des Mutualités Chrétiennes du Brabant Wallon a été menée via la diffusion assez large du dépliant "Home sweet home?". Parallèlement à cela, un stand attirant l'attention sur ce problème a été présenté dans les secrétariats de mutuelle (15 jours dans chaque endroit). Nous avons visé aussi un public plus large par le biais d'une campagne de presse (locale, régionale et nationale). Nous avons contacté l'asbl Question Santé en tant qu'organisme ressource pour nous aider à mettre sur pied cette campagne de presse. Une bonne vingtaine d'articles sont parus dont certains dans la presse médicale (Journal du Médecin, Le Généraliste, Actualité du Praticien), ce qui dénote un intérêt certain.

##### Une phase d'information

Maintenant que la phase de sensibilisation est effectuée, nous organisons

des séances d'information plus approfondies dans des groupes de personnes âgées. Lors de ces animations, du matériel de sécurité (barre d'appui, rampes...) est présenté aux participants. Un dossier aide-mémoire comprenant une série de conseils pratiques et un questionnaire-diagnostic de la maison leur est remis à cette occasion. Nous informons également les professionnels (assistantes sociales, aides familiales, infirmières...) qui rencontrent des personnes âgées dans le cadre de leur métier, de sorte qu'ils puissent, le cas échéant, conseiller un aménagement du domicile pour éviter la chute et informer sur les aides possibles.

##### Une phase d'intervention

La partie la plus concrète de la campagne se situe à ce niveau: nous souhaitons créer, dans le Brabant Wallon, des services de diagnostic et d'intervention qui seraient chargés d'aller poser, à la demande de la personne, un diagnostic sur l'état de sécurité du domicile et/ou aider à l'aménagement pour rendre la maison plus sûre (installer un interrupteur, placer une barre d'appui...). Certains groupes d'entraide existent déjà dans les amicales UCP, dans les paroisses, les CPAS, les mutuelles; nous nous proposons d'en faire un relevé et d'informer quelques-uns de ces bénévoles sur les possibilités d'aménagement. Nous les invitons aussi à servir de relais. Nous visons à ce que des groupes locaux créent un réseau de micro-solidarité

pour les personnes concernées et qu'elles aient ainsi des personnes de référence dans leur propre région.

Ces trois phases d'action sont interdépendantes mais peuvent être développées séparément. Ainsi, dans une localité on peut simplement aborder la phase de sensibilisation tandis que dans une autre, une phase d'intervention sera mise sur pied. Tout dépendra des circonstances et du dynamisme local. Mais notre objectif est bien sûr d'arriver à la troisième phase en un maximum d'endroits.

### Problème rencontré

Tout d'abord un paradoxe intéressant: alors que tout le monde est conscient du problème et intéressé par la démarche - d'autant plus qu'il s'agit d'une initiative venant des personnes âgées elles-mêmes - nous rencontrons beaucoup de difficultés

à former des groupes pour des animations. A cela, nous avançons deux hypothèses: d'une part, nous avons affaire à une population qui ne se retrouve pas dans ce qu'on lui dit: "moi, je ne suis pas vieux, je ne risque rien". On passe alors à côté de l'aspect préventif. D'autre part, nous rencontrons aussi chez les personnes plus âgées une attitude "aquoiboniste": "tout ça c'est bien beau, mais à mon âge..." d'où une difficulté supplémentaire pour travailler sur les habitudes. Se pose ainsi la question de la pédagogie: comment faire passer le message. Ne devrions-nous pas travailler plutôt avec un public 55-65 ans qui peut encore changer ses comportements de vie (social, exercice,...)?

### Aspects positifs

Nous avons été agréablement surpris par l'intérêt manifesté - surtout au ni-

veau de l'information - par le public extérieur, suite à notre campagne de presse. Tant les médecins que les services de soins à domicile nous ont demandé nos dossiers d'informations et nos dépliants, voire de nous rencontrer pour organiser des séances d'information. Cet intérêt s'est manifesté aussi auprès des services Infor Santé et des UCP des autres Mutualités Chrétiennes. A ce jour, quatre d'entre elles travaillent sur ce sujet: Charleroi, La Louvière, Liège et Verviers.

Eric Jauniaux, Infor Santé Brabant Wallon

Renseignements: Eric Jauniaux, Infor Santé Brabant Wallon, 54 bd des Archers, 1400 Nivelles, tél.: 067/21 21 21. Thierry Modave, UCP Brabant Wallon, 54 bd des Archers, 1400 Nivelles, tél.: 067/21 79 41. ■

"apprivoiser". Cette option, hors des sentiers battus, a sans doute joué dans sa mise en épingle par les médias.

### 3. L'importance de la manifestation

Un troisième facteur pouvant contribuer à la bonne médiatisation est l'ampleur du projet. Malgré que l'Ecole du Risque ne soit encore que la première étape d'un plus vaste projet appelé "L'Autre Cirque", l'Ecole du Risque s'inscrit dans un processus à long terme.

Un projet sera retenu d'autant plus facilement par les médias qu'il sera présenté en primeur et pourra drainer un large public.

### 4. La préparation du dossier de presse

Il faut souligner l'importance du dossier de presse. Pour avoir un maximum d'impact, un dossier de presse doit pouvoir sortir du lot des dizaines de communiqués que les journalistes reçoivent chaque jour. Un dossier mal présenté et peu fourni risque de finir ses jours dans la poubelle.

### 5. Le fichier de journalistes

Enfin, le fichier de journalistes est un élément-clé dans la réussite d'une médiatisation. Deux points importants sont à considérer: son actualisation et sa personnalisation.

En effet, un fichier non mis à jour aura peu de chance de trouver le bon interlocuteur, de même qu'un fichier ne comportant que le nom du journal, sans préciser un journaliste en particulier.

De plus, si vous avez réussi à entretenir des contacts plus personnels avec quelques journalistes, les retombées médiatiques seront immanquablement améliorées.

Comme on le voit, si on tient compte de ces quelques règles de base, on s'assure d'une médiatisation optimale, sans pour autant avoir une garantie totale. Les voies de la presse étant quelquefois impénétrables...

Philippe Mouchet, Question Santé ■

## Pratique professionnelle et recherche en éducation pour la santé

Mon intention est de mettre en évidence à partir de mes pratiques de recherche et de mes enseignements quelques traits spécifiques de la recherche en éducation pour la santé.

Un des grands attraits de l'éducation pour la santé est qu'elle constitue un champ nouveau de pratiques et recherches, un paradigme original où des méthodes et des techniques spécifiques d'approche du réel sont mises en oeuvre.

Dans ce qui suit, je tenterai d'épingler certains aspects de cette spécificité, au départ d'une description du champ de l'éducation pour la santé, dans son contexte psychologique et social. Je tenterai ensuite de rappeler les grandes étapes classiquement définies de la recherche expérimentale, pour déboucher enfin, sur la mise en évidence de la spécificité des recherches en éducation pour la santé.

Je voudrais montrer que d'emblée les institutions et les hypothèses de travail

formulées par les praticiens sont le point de départ d'une réelle démarche scientifique. Cependant, les conditions professionnelles et institutionnelles de travail sont trop souvent peu propices à la recherche des éducateurs pour la santé.

Pour progresser, il s'agit d'abord de saisir les enjeux psychologiques, psycho-sociaux et méthodologiques de la recherche en éducation pour la santé, pour tenter ensuite de poser les conditions de sa mise en oeuvre. Dans cette perspective, je serai amené à démontrer la richesse de la pluridisciplinarité dans la recherche et l'action en éducation pour la santé.

### Le contexte

#### Le contexte social

Dans son ouvrage "Le culte de la performance", le sociologue français Alain Ehrenberg décrit notre société

comme une société où la performance constitue l'enjeu de toute action.

Il faut être performant par le travail dans l'entreprise, performant par la vie affective et sexuelle dans la vie quotidienne, performant par le sport et le physique dans la vie de loisirs.

L'auteur décrit le lieu de loisir qu'est le Club Méditerranée comme un lieu de performance quant à un épanouissement corporel, quant au plaisir alimentaire, quant à l'encadrement, quant à l'épanouissement sexuel,...

Dans ce cadre idéologique, le Club est tout à fait comparable à l'entreprise.

Dans "Le coût de l'excellence", le philosophe Vincent De Gaulejac décrit le social à partir de l'idéologie de l'excellence.

Il faut exceller dans tout et partout pour maintenir sa place comme acteur social. La société est une société manageriale de l'excellence: le manager est sensé être excellent ou, à tout

## Un stand pour la santé (et pour la Communauté française)

Afin de sensibiliser un large public à la prévention et à l'éducation pour la santé, la Ministre-Présidente, Laurette Onkelinx a "créé" un stand d'information, en collaboration avec des associations agissant sur le terrain.

Souriante et dynamique, la Ministre l'a inauguré le mardi 14 septembre à la Foire d'Automne de Liège.

### Le stand tout d'abord

Une présentation sobre, à dominante blanche (le stand rappelle un peu l'hôpital) et la réunion de plusieurs outils de sensibilisation à la promotion de la santé sont les points marquants de cette réalisation.

### Quels outils?

Une vidéo de présentation générale, des brochures grand public disponibles à l'accueil, quelques logiciels, sur le stress (Femmes Prévoyantes Socialistes) sur la composition de menus équilibrés (Epidaure-Montpellier), sur la prévention des accidents domestiques,...

L'Institut Malvoz était également présent avec un appareil pour tester les

capacités respiratoires (d'ailleurs manipulé par un fumeur de cigarillo!); ici, la sensibilisation tourne au dépistage des problèmes bronchiques puisque les résultats du test sont envoyés sous forme de protocole au médecin traitant de la personne. Permanence du modèle médical...

Ce que nous avons vu aux Halles des Foires de Coronmeuse est la version liégeoise du stand. Lors de sa prochaine présentation à Charleroi, il ne sera déjà plus tout à fait le même; en effet, suivant la région, certains organismes seront remplacés par d'autres.

### Un carnet de chèques santé

Le nouvel outil présenté à cette occasion est un carnet de "chèques". Sous le slogan "Notre santé, c'est capital! 10 tuyaux pour jouer gagnant", ce carnet rassemble des conseils de santé simples et quelques adresses utiles.

Quels sont les thèmes retenus? Présentés par ordre alphabétique, vous trouverez les accidents domestiques, l'alimentation, l'alcool et les drogues, le cancer, les maladies cardio-vasculaires, les médicaments, le sida, le stress, le tabac et les vaccins.

Derrière ces thèmes choisis par la Ministre, se trouvent certains services agréés (mais pas tous) et d'autres organismes. Parmi ceux qui ont collaboré au projet, citons par exemple Educa-Santé, les Femmes Prévoyantes Socialistes, Question Santé, mais aussi l'Oeuvre Belge du Cancer et Provac.

N'oublions pas enfin le travail du Centre de Coordination Communautaire, ni la présence souriante d'intervenants des organismes collaborateurs, réquisitionnés pour l'animation du stand.

Enfin, foire commerciale oblige, un jeu-concours "santé" soutenu par la Ministre-Présidente permettait de gagner 5 fois une journée aux thermes de Spa. La date de clôture du jeu était le 26 septembre, trop tard donc pour que vous puissiez encore y participer!

Mais consolez-vous car le stand sera à nouveau présenté du 30 octobre au 14 novembre à la foire commerciale de Charleroi.

Pour tout renseignement complémentaire, contactez le Centre de Coordination Communautaire, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles, Tél.: 512.42.23. ■

### Une collaboration active de la CLC de Bruxelles

Le rôle de la CLC a été d'apporter une aide méthodologique, un soutien au niveau des recherches de moyens financiers, une coordination des intervenants locaux (école, Zep, associations,...), une recherche d'informations pour trouver des relais, une promotion, une coordination et une organisation pratique durant la semaine sous chapiteau.

Cette collaboration avec les différents intervenants locaux a servi d'ouverture à d'autres actions futures (voir plus loin).

### Une expérience locale positive

Un peu inquiets mais le regard brillant d'excitation, les enfants s'apprentent à communiquer leur expérience... C'est l'inauguration!

Avec leurs mots, leur vécu et beaucoup d'enthousiasme, ils présentent et animent leurs ateliers (vidéo, diapos, théâtre,...). Ils nous font participer totalement à leur expérience où responsabilisation, autonomie, tolérance et solidarité de groupe sont présentes à tout moment.

Cette inauguration sous le chapiteau était rehaussée par la présence du Collège des Bourgmestre et Échevins, des autorités de la Communauté française et

d'organismes pour la plupart du quartier.

Les enfants ont pris conscience de l'importance de la prévention des accidents domestiques. Ils ont appris différentes techniques et leur travail a été valorisé par le grand public.

De plus, cette expérience a permis de dégager quelques pistes de réflexions en vue d'améliorer notre action dans le futur.

Très peu de parents sont venus au chapiteau. Ce constat est intrinsèquement lié au peu d'implication des parents dans la vie scolaire et extra-scolaire de leurs enfants. En outre, des problèmes d'ordre culturel, social et économique renforcent cette non-participation.

Il est donc important d'établir des contacts privilégiés avec la population du quartier en travaillant avec les animateurs locaux qui sont en contact permanent avec les habitants du quartier (parents, enfants, adolescents, ...).

Ces constatations permettent d'élargir le champ d'action et d'avoir une efficacité plus grande pour développer d'autres projets locaux.

### Des perspectives

Suite à ce projet de prévention des accidents domestiques, d'autres actions

locales sont prévues, et un groupe de pilotage s'est constitué.

Cette initiative, qui fait partie du développement du programme RAS, vise à mettre en place des groupes de travail au niveau local répartis sur tout le territoire de la Communauté française. Cette action à long terme a pour objet de développer des projets locaux d'éducation à la sécurité (accidents domestiques, amélioration de son environnement,...).

Cette démarche permet d'être proche de la population et de ses besoins en intégrant les acteurs sociaux, culturels, éducatifs et sanitaires (sans oublier les pouvoirs communaux) dans le cadre de l'éducation à la sécurité.

Actuellement, un premier groupe de pilotage à Schaerbeek commence à se structurer.

Des contacts sont déjà établis avec des personnes susceptibles d'être intéressées par le projet (les consultations de nourrissons de l'ONE, la ZEP, les pompiers, Electrabel, des associations du quartier, services sociaux, instituteurs, directeurs, ...). Le projet a débuté fin juin 1993.

Chantal Hoyois, Commission Locale de Coordination de Bruxelles ■

## ■ Médiatisation d'un événement

Il n'y a rien de plus frustrant que de préparer une manifestation ou une campagne pour le grand public et de se voir boudé par les médias.

Pour permettre à votre campagne de voir ses effets amplifiés par des retombées médiatiques, il importe d'avoir en tête quelques principes de base qui vous éviteront quelques désillusions.

L'Ecole du Risque a eu la chance de bénéficier d'une bonne couverture médiatique. En effet, plusieurs journaux avaient déjà fait paraître des articles la veille de l'inauguration, ce qui a permis à de nombreuses personnes de se rendre le dimanche après-midi à la Place Lehon.

De plus, l'Ecole du Risque a pu bénéficier d'une séquence au Journal Télévisé de 13h à la RTBF, le dimanche de l'inauguration. Télé-Bruxelles a également réalisé une séquence pour son Journal présenté en boucle toutes les heures.

Enfin, une interview de Martine Bantuelle, coordinatrice du projet, a eu lieu en direct à la radio, sur Bel-RTL à une heure de grande écoute.

A quoi peut-on attribuer cette bonne médiatisation? Plusieurs facteurs sont à considérer.

### 1. L'état de l'actualité

Tout d'abord, en ce qui concerne la séquence du JT à la RTBF, nous

avons bénéficié d'une actualité assez calme. De plus, le dimanche midi, le JT affectionne particulièrement les manifestations qui peuvent s'avérer un excellent but de promenade l'après-midi.

### 2. L'originalité du projet

Un autre point à considérer est l'originalité du projet. Les médias sont souvent à l'affût des événements originaux. L'Ecole du Risque s'inscrit bien dans cette ligne. Au lieu de chercher à éviter les dangers, comme on pourrait logiquement s'y attendre, l'Ecole du Risque propose une démarche tout à fait à l'opposé: faire face aux nombreux risques domestiques pour tenter de les

le moins, tendre à l'excellence. Il subit régulièrement des évaluations, aussi bien par ses supérieurs que par ses subalternes. On évalue son mode de gestion, son mode de relations, son mode de production.

Le manager est perpétuellement placé dans un contexte de recherche de plaisir, où par son excellence il monte dans la hiérarchie de l'entreprise; mais aussi, il monte dans un contexte d'angoisse, où il craint de perdre son emploi ou de descendre les échelons. Il doit exceller et dépasser ses angoisses.

L'idéologie de la performance et de l'excellence concerne aussi le champ de l'éducation pour la santé. Ne s'agit-il pas d'être excellent et performant, y compris dans la gestion de sa santé?

Dans une telle perspective, l'éducation pour la santé n'est-elle pas simplement un moyen pour atteindre de tels objectifs?

Se poser ces questions, c'est déjà mener une démarche critique, c'est entamer une analyse sociale qui devrait nous permettre, dans le champ de l'éducation pour la santé, d'éviter les pièges des idéologies dominantes.

Il s'agit d'une réflexion sociologique, pour déboucher sur une démarche éthique en éducation pour la santé. Si une telle perspective sous-tend les programmes éducatifs, ces derniers impliquent d'emblée une démarche réflexive de recherche. Par ailleurs, dans une telle démarche, nous menons également un travail de prise de distance par rapport au paradigme technologique des sciences médicales.

On nous montre tous les jours les performances d'excellents médecins et d'excellents centres de recherches, qui ont réussi des prouesses techniques. Souvent, les prouesses ne sont révélées que lorsqu'on est sûr des résultats. Pensons, par exemple, à l'extraction et à la remise en place d'un foetus pendant la gestation pour réaliser une opération chirurgicale. Le travail n'a été révélé que lorsqu'on a été sûr de sa réussite. On nous montre une médecine vitrine, où le spectaculaire semble être l'enjeu essentiel.

Or, quand on fait de la prévention et de l'éducation pour la santé, on n'est

pas dans le spectaculaire. Eviter la maladie, la détérioration de la santé, c'est faire appel à des modifications comportementales, ou à des modifications de l'environnement social dans la vie quotidienne. Ce n'est pas très "médiatique".

On est en dehors du plaisir immédiat et on pose les bases d'un équilibre à long terme, qui ne fournit pas toujours des sensations d'excellence ou de performance.

Il faudrait même éviter de considérer que le patient doit être champion du bien-être physique ou psychologique, grâce à l'éducation pour la santé.

Il faut aussi éviter de jouer sur l'angoisse de perte d'une santé excellente. La mise en oeuvre de telles pratiques nécessite des démarches d'analyses averties et méticuleuses afin d'éviter dans les programmes d'éducation pour la santé les utopies idéologiques qui ne sont pas réellement source de bien-être et d'équilibre.

### Le contexte psychosocial

Nous sortons, aujourd'hui, d'une période que l'on pourrait qualifier de post-communautaire (post-68).

La recherche de plaisir était essentiellement orientée vers le plaisir altruiste, le relationnel, le communautaire, l'associatif,... Une période de recherche de fusion avec autrui; ou encore, une période de l'angoisse de non-fusion. Il faut être ensemble, vivre en communauté, être ouvert aux autres. En miroir, s'élabore l'angoisse de l'isolement, de l'indifférence, du repli sur soi, de la non-fusion. C'est dans cet espace social que sont nés les mouvements associatifs fondés sur la confiance réciproque et les actions de professionnels de type communautaire.

Plaisir relationnel ↔ Angoisse de non-fusion

Actuellement, la recherche de plaisir est plus narcissique, plus égocentrique, plus tournée sur soi-même. Je cherche mon plaisir, mais individuellement, avant de développer le souci du plaisir relationnel. Je vis avec mes proches, sélectionnés, en cercle de relation replié sur lui-même. En miroir,

nous trouvons ici l'angoisse de perte d'identité dans le groupe, le communautaire, le relationnel. C'est tout l'enjeu actuel du cocooning, amplifié par la crainte des risques encourus à l'extérieur en dehors du cercle familial.

Plaisir égocentrique ↔ Angoisse de perte d'identité

Cette dynamique du plaisir égocentrique et de la crainte de perte d'identité a sans doute un impact dans l'action en éducation pour la santé. Les campagnes sont collectives, les actions sont souvent menées par animation de groupes, quand il s'agit d'une santé communautaire. Il est promis un équilibre de bien-être et de santé à long terme pour toute une population, mais c'est souvent mon plaisir égocentrique et immédiat que je cherche. Dans la prévention du sida, par exemple, cette dynamique psychosociale joue un rôle important. Si je me plie à des campagnes collectives, est-ce que je ne risque pas de perdre l'identité de la relation amoureuse? Si je suis des recommandations générales, il n'est pas tenu compte de la manière privée dont je vis ma relation amoureuse, ma relation de confiance dans l'autre. Ma relation amoureuse ne relève pas de messages collectifs; je veux qu'elle soit complète, je veux qu'elle soit spécifique. Qu'en est-il de notre identité de couple, si nous nous plions à des actions collectives?

Tenir compte de cette dynamique de la recherche de plaisir personnel, tenir compte de cette angoisse de perte d'identité me paraît essentiel dans l'élaboration de projets en éducation pour la santé. Cependant, il ne faut pas tomber dans les utopies du moment. Il faut établir des garde-fous communautaires, tenant compte des grands groupes, et en prenant en considération des actions collectives.

On ne peut avoir un éducateur pour la santé comme ange gardien, à côté de chaque personne, qui tiendrait compte de ses objectifs individuels du moment, tout en prévenant les dangers de comportements pathogènes. Il vaut parfois mieux mettre une barrière "impersonnelle" au bord d'un précipice plutôt que de faire accompagner chaque promeneur d'un ange gardien qui le retiendrait "personnellement" au bon moment pour qu'il ne tombe



pas. Ceci renforce l'idéologie de la recherche de plaisir égocentrique. En curatif, le médecin me prend personnellement en charge, s'occupe de ma maladie et cherche à me guérir personnellement. Il approuve mon narcissisme et me reconnaît comme personne parce qu'il s'occupe de mon problème individuel. Le colloque singulier est une relation intime entre mon médecin (de famille) et moi.

La prévention n'entre pas dans cette dynamique intimiste. Même si elle essaie de tenir compte des différences individuelles, elle tente de mettre en place des actions collectives pour garantir le bien-être d'un groupe d'acteurs, d'une population. Une telle démarche séduit peut-être moins l'individu, mais elle s'impose au nom de l'efficacité.

Les recherches actuelles de promotion de la santé de population, voire de l'humanité toute entière, par la sauvegarde de l'environnement naturel et social, vont dans le sens d'une visée plus collective.

Nous sommes face à des enjeux de recherche et de pratique en éducation pour la santé, qui doivent prendre en compte, pour éventuellement les modifier, les représentations sociales.

### Les étapes de la recherche d'après le modèle expérimental

Pour systématiser la prise en compte des dimensions sociales et psychosociales dans des recherches particulières, je me propose de rappeler brièvement le modèle classique de la recherche expérimentale. Ensuite, je tenterai de resituer ce modèle par rapport aux enjeux et aux savoir-faire de professionnels en éducation pour la santé.

Rappelons les étapes, classiquement décrites, de la démarche des sciences expérimentales:

- observation
- question
- hypothèse
- expérimentation
- explication théorique
- vérification
- élaboration d'une loi

Cette démarche a longtemps prétendu poser les bases de l'objectivité en sciences. Aujourd'hui on sait cette objectivité toute relative et on sait à quel point les conditions sociales, la culture, les habitudes scientifiques et les déterminations des chercheurs jouent dans ce processus. Dans le domaine de l'éducation pour la santé, ces étapes s'appliquent sans plus ni moins de relativité que dans la démarche classique lorsque celle-ci accepte l'approche critique.

Sur cette base, décrivons les étapes de recherche, telles que nous les saisissons, en éducation pour la santé, avec leurs spécificités propres.

- **Les pratiques dans le champ de la santé** constituent le domaine d'observation (souvent participante) de ceux qui cherchent à développer des actions (souvent éducatives) en faveur de la santé.

- **Les intuitions des professionnels de santé** se génèrent au sein de leur pratique, dans leurs interactions avec les bénéficiaires ou les patients. Ces intuitions sont le point de départ, à la fois de questions, de problèmes posés, dans le champ des pratiques de la santé. En posant les questions, en les problématisant, les intuitions abordent corrélativement des ébauches de réponses qui devront se formuler intellectuellement. Ces intuitions seront le point de départ des hypothèses (réponses intellectuelles à des questions posées, dans le champ d'une science) à élaborer.

- **Les hypothèses scientifiques se fondent sur les intuitions des professionnels.** Ceux-ci passeront du stade des intuitions au stade des hypothèses par le biais d'une démarche de confrontation avec des références extérieures: dialogues avec d'autres équipes de travail, avec des experts du domaine abordé, avec les théories et la littérature scientifique qui permettent d'étayer les intuitions. Les hypothèses sont donc des intuitions de professionnels systématisées, clarifiées et sélectionnées, en fonction de différentes confrontations.

- **Les intuitions et les hypothèses** sont testées, dans le champ pratique, où le problème, la question s'est posée. L'hypothèse définit, conformément à l'intuition précisée scientifi-

quement, des modes d'actions, pour modifier la réalité, en vue de résoudre le problème qui avait suscité la question. L'action marche ou ne marche pas, à ce stade elle peut déjà être améliorée ou modifiée; si elle marche, le processus scientifique et le processus d'action se poursuivent.

- **L'explication rend compte de l'action testée.** Elle s'avère intéressante si le test révèle que l'action répond bien aux problèmes posés. L'explication permet de rendre compte du comment de la réponse élaborée dans l'hypothèse. Nous sommes à nouveau à un niveau théorique qui permettra grâce à l'explication d'appliquer l'action dans d'autres contextes que le contexte singulier et particulier où la démarche a débuté.

L'explication permettra de projeter d'autres applications, avec certaines variantes, dans des contextes diversifiés. Une fois l'explication retenue, l'intuition pourra encore être améliorée et l'hypothèse d'action mieux adaptée au problème posé par une population définie.

L'hypothèse et l'intuition de base du professionnel, l'expérimentation dans un champ restreint enrichie d'une explication théorique, devront faire l'objet de vérifications dans d'autres contextes.

- **Le programme implique la notion de lois d'applications en éducation pour la santé.** Lorsqu'un programme est mis en oeuvre, il faut supposer que l'on ait dépassé le stade de la simple intuition, dans un champ d'application particulier. Il faut, pour élaborer un programme d'éducation pour la santé, dégager une loi de réponse à un problème, pour une large population.

Cette démarche ne peut être élaborée que si le stade de la vérification constitue en même temps un stade d'évaluation de la pertinence des actions menées sur les différents terrains. On peut passer au stade des programmes, si on a obtenu une évaluation satisfaisante pour la résolution du problème posé, sur les terrains particuliers.

Après l'application du programme, une nouvelle évaluation devra être réalisée, pour décider de la pertinence du programme mené et de la validité de la généralisation à une population.

### Une initiative locale

#### Genèse

Un instituteur d'une école libre (école St Augustin) de la commune de Schaerbeek, a constaté qu'il y avait beaucoup d'enfants blessés dans sa classe. Rarement des choses bien graves, mais souvent des petites coupures, des brûlures, des traces de chutes, etc.

Une enquête réalisée par l'enseignant révélait que les accidents domestiques concernaient la moitié de la population de l'école. C'est ce nombre élevé qui a décidé l'instituteur en collaboration avec l'infirmière sociale de la ZEP (Zone d'Education Prioritaire) à traiter ce problème au sein de sa propre classe.

Pendant plusieurs mois, des élèves de 5ème primaire ont réalisé un travail de réflexion et de sensibilisation sur les moyens de prévenir les accidents domestiques.

#### Une méthodologie active

Les activités développées s'orientent vers une pédagogie fonctionnelle et non sur un programme de connaissances abstraites. Elles ne sont pas données "ex-cathedra"; les enfants créent et agissent selon leurs intérêts; l'assimilation d'un savoir se fait par la découverte, l'expérience, la créativité et l'autonomie.

Développer une méthodologie active, c'est prendre en compte l'enfant dans sa globalité. Concrètement, les enfants se sont réunis une fois par semaine par petits groupes de 4 ou 5 enfants pour développer un thème.

Pour exploiter les différents sujets, chaque groupe a choisi une technique d'expression particulière:

- le théâtre montre par le jeu comment éviter les chutes ou plus exactement, comment faire en sorte que les chutes ne soient pas trop graves;
- la vidéo témoigne des risques de noyade;
- la bande dessinée traite de la prévention des brûlures;
- un montage diapos, réalisé dans une famille, rend compte des risques

d'intoxications par des produits dangereux;

- deux affiches (imprimées en 3.000 exemplaires chacune) informent sur les risques d'électrocution.

Les élèves ont également réalisé une "maison des dangers" présentée au chapiteau.

Parallèlement, un travail d'approfondissement des thématiques a été réalisé avec des experts invités en classe.

A cette occasion, un responsable du service des pompiers, un responsable du service de communication d'Electrabel, et un coordinateur de la Formation d'Education à la Sécurité, la Santé et l'Environnement sont venus donner des informations aux enfants.

Un travail de longue haleine où les enfants ont appris à travailler en groupe, à gérer le projet, à avoir le sens des responsabilités au sein de chaque groupe, à respecter les limites de temps, à accueillir les "étrangers" en classe.

#### Intégration du projet au sein de l'école

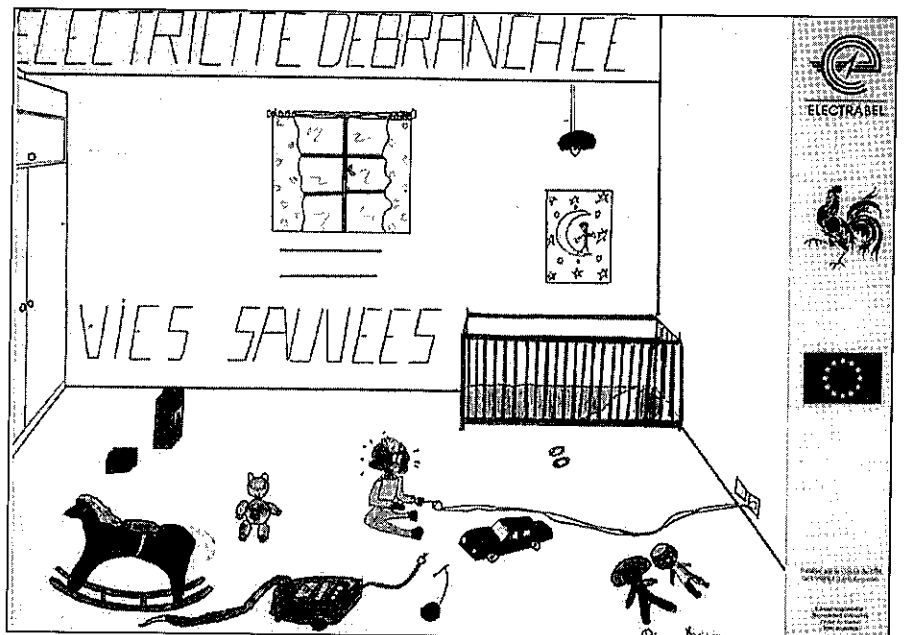
L'instituteur a intégré ces activités dans le cadre de ses cours (français, éveil, mathématique, ...).

Par exemple en mathématique, c'est l'aspect concret qui a primé surtout pour la construction de la "maison des dangers". Les enfants ont mesuré, calculé, géré l'argent de la caisse de classe. De vrais problèmes à régler pour une construction concrète avec un objectif à atteindre dans des limites fixées.

En ce qui concerne les ateliers (vidéo,...) chacun des groupes était pris en charge par les animateurs (bénévoles) de l'école de devoirs du Rasquinet (installée dans une rue voisine). De nouveaux animateurs, la plupart stagiaires du CFA (Centre de Formation d'Animateurs), se sont joints à l'équipe pour apporter une aide plus technique suivant le mode d'expression utilisé.

L'infirmière a fait appel à la Commission Locale de Coordination de Bruxelles (CLC) qui a suivi et soutenu le projet localement en collaboration avec Question Santé et Educa-Santé.

Pour valoriser le travail effectué par les enfants, il nous a semblé intéressant de le présenter à un plus large public (parents, voisins, écoles et autres associations de la commune). L'idée est donc venue naturellement de les faire participer au projet "Ecole du risque" et de choisir l'emplacement du chapiteau à Schaerbeek pour intensifier cette action locale.



## L'école du risque

### Première escale: Schaerbeek

Nous sommes en plein coeur d'un quartier défavorisé, place Lehon à Schaerbeek, sous chapiteau.

Schaerbeek, ce sont des enfants et des jeunes souvent livrés à eux-mêmes. Dans ce quartier, ils vivent essentiellement dans la rue. Turcs, Marocains et autochtones se cotoient non sans difficulté. Les maisons sont insalubres, et les problèmes d'aménagements de l'environnement nombreux (peu d'espace jeu, peu d'espace vert).

Aujourd'hui dimanche et les jours qui suivront, le soleil est de plomb. Il y a une nuée d'enfants avec leurs rires, leur chahut et leurs moqueries. A "l'École du Risque", on ose, on s'amuse. Schaerbeek, première escale de "L'École du Risque".

Cette manifestation sur la prévention des accidents domestiques s'est déroulée à Bruxelles du dimanche 23 mai au mercredi 26 mai 1993.

### Retour aux sources

Dans le cadre du programme RAS (Réseau Action Sécurité), l'École du Risque est la première étape d'un vaste projet intitulé "L'Autre Cirque".

"L'École du Risque" est axée principalement sur l'apprentissage des risques, tandis que "L'Autre Cirque", plus grand, plus orienté sur le côté "spectacle", est axé sur la maîtrise de nombreux risques domestiques dans un vrai décor de cirque.

Pour rappel, l'objectif du RAS est d'atteindre en 1994, une situation où il n'y aura plus "Rien à Signaler" comme accidents domestiques en Communauté française. En 1989, un premier projet "La Maison Géante" (maison surdimensionnée) a été créé. Il mettait l'accent sur les nombreux dangers présents dans la maison et ses alentours dans le but de faire vivre par les parents, enseignants et éducateurs les dangers que courent les enfants dans une maison et un univers uniquement conçus pour les adultes.

"L'École du Risque" complète parfaitement cette première approche. Après avoir appris à reconnaître les dangers, on apprend à apprivoiser les risques.

L'objectif principal de ce projet est d'apprendre à affronter les risques en les maîtrisant plutôt qu'en les évitant.

Le projet "École du Risque" est une initiative des asbl Educa-Santé et Question Santé en collaboration avec divers partenaires (voir la fiche technique).

Dans le cadre de cette première escale "École du Risque", il faut souligner la participation active d'une classe de 5<sup>ème</sup> primaire de Schaerbeek.

#### Fiche technique

Avec le soutien du Ministère de la Santé de la Communauté française et du Service de la Politique des Consommateurs de la CCE.

Cet événement "École du Risque" a été réalisé grâce à la collaboration des organismes suivants:

Educa-Santé, Question Santé, la Commission Locale de Coordination de Bruxelles (Question Santé en collaboration avec la FARES), l'ONE, la Croix-Rouge de Belgique, Promocoop, la Fondation Nationale d'Aide aux Grands Brûlés, le Centre Antipoisons, les Pompiers de Bruxelles, le Magic Land Théâtre, l'école Saint Augustin, la ZEP de Schaerbeek, le Rasquinet, la Médiathèque CFB, l'école du Cirque de Bruxelles, Electrabel, la Commune de Schaerbeek.

Pour tous renseignements, contacter Martine Bantuelle, à l'asbl Educa-Santé, tél.: 071/33.02.29.

### Un public-cible

"L'École du Risque" met à la disposition de groupes, d'associations, d'écoles, de communes, des outils de prévention dans la lutte contre les accidents.

Le public concerné par cette semaine était constitué des élèves des écoles primaires de Schaerbeek, des enseignants, des parents (et le grand public), des membres des associations de Schaerbeek.

Pratiquement, les activités ont été présentées au grand public et à une trentaine de classes de plusieurs écoles de Schaerbeek, tous réseaux confondus durant 4 jours d'exposition.

### Une programmation variée et interactive

Au programme de cette semaine "École du Risque", des animations, des spectacles, des vidéos, des expositions et des stands d'information, ont été organisés.

Les activités proposées étaient essentiellement des jeux de société, des jeux corporels, des jeux de motricité qui s'adressent aux enfants de l'école primaire (6/12 ans). Les enfants participaient activement à ces jeux qui permettent d'identifier et de résoudre les problèmes qui concernent les risques et les accidents de la vie courante. D'autres préféraient jouer à "l'équilibriste" pour apprendre à maîtriser les chutes.

"L'École du Risque" présentait également une roulotte aménagée en vraie cuisine. Les enfants manipulaient concrètement des ustensiles de cuisine et ils se retrouvaient confrontés à des situations d'incendie, de brûlures et d'intoxications.

Cette manifestation proposait notamment aux enseignants de voir ou d'acquérir du matériel pédagogique et de rencontrer des animateurs qui peuvent les aider à concrétiser des activités dans leur classe.

En dehors des animations, il y a eu les activités suivantes: un théâtre de puces par le Magic Land Théâtre, des travaux et un spectacle réalisés et présentés par la classe de 5<sup>ème</sup> primaire de l'école Saint Augustin à Schaerbeek et des stands d'information. C'est d'ailleurs de cette école qu'est partie l'idée de faire un projet local sur la prévention des accidents domestiques.

Une autre garantie de validité et de pertinence des intuitions et des hypothèses est la confrontation pluridisciplinaire: confrontation entre professionnels et confrontation des professionnels aux patients et aux bénéficiaires.

### Vers une confrontation pluridisciplinaire

L'importance de la pluridisciplinarité peut être mise en évidence, en montrant à quelles dimensions spécifiques de l'éducation pour la santé peuvent être confrontés différents acteurs. Chaque professionnel, par les pratiques qui lui sont propres, est amené à envisager des aspects différents, selon des méthodologies spécifiques, de la problématique complexe de la santé.

Dans ce qui suit, j'épinglerai quelques caractéristiques, pour quelques acteurs qui, même s'ils ne sont pas spécialistes de l'éducation pour la santé, y sont confrontés par leur pratique. De plus, ces mêmes acteurs pourraient, s'ils en avaient les moyens, constituer des pools de recherche dans le domaine.

Le **médecin généraliste** est directement confronté à la diversité des problèmes de santé rencontrés par une population. Il est en première ligne pour dénombrer les cas de différentes pathologies qui se présentent: s'il en avait les moyens, il pourrait constituer des banques de données épidémiologiques intéressantes. De plus, il est en mesure d'observer les populations dans leur vie quotidienne et d'y détecter directement les facteurs favorables ou défavorables à la santé et au bien-être. Il est également à l'écoute des patients, il les connaît et aurait les éléments nécessaires pour juger des besoins des patients et de leurs motivations à agir en faveur de leur santé, dans leur vie de tous les jours. Le médecin généraliste rencontre des populations très diversifiées, de toutes les conditions sociales, de tous les niveaux culturels, de toutes les professions. Il est bien placé pour observer les niveaux de santé d'une population. Il est un acteur essentiel si l'on veut mener une démarche pluridisciplinaire.

Malheureusement, le médecin généraliste nous révèle qu'actuellement, on ne met pas encore en place les moyens de mener véritablement des recherches en éducation pour la santé qui partent de la réalité de la vie quotidienne des populations concernées. La prévention et l'éducation pour la santé ne sont pas valorisées dans le travail des médecins généralistes; même si ceux-ci sont motivés, ils ne disposent pas des moyens pour mener des recherches qui auraient toute leur importance. On n'est pas en mesure d'utiliser leur expérience, leur savoir-faire et leurs données.

Les **infirmières hospitalières** ont des relations suivies avec les patients, dans tous les moments de leur vie, parfois durant de longue période. Ce qu'elles perçoivent constitue un champ très riche d'observation pour la compréhension et l'éducation des patients. Leur écoute est souvent sollicitée et elles sont en mesure de saisir les conditions d'amélioration de la vie quotidienne du patient, à l'hôpital et aussi à domicile. Pour ce qui est de la vie à domicile, l'**infirmière extra-muros** joue un rôle analogue à celui de l'infirmière hospitalière. Cependant, il faut bien admettre qu'elle ne dispose pas des mêmes conditions de relations suivies avec le patient. L'infirmière extra-muros est cependant en mesure, par sa présence auprès du patient, de manière souvent quotidienne et répétée, de jouer un rôle de prévention et de décodage des problèmes.

Il s'agirait d'assumer au sein des approches scientifiques ce que repèrent les acteurs de santé que sont les infirmières. En utilisant mieux leurs connaissances, leurs informations et leur savoir-faire, de manière articulée avec la pratique du médecin, on pourrait déboucher sur une approche pluridisciplinaire.

Les **éducateurs spécialisés** jouent un rôle comparable à celui des infirmières hospitalières et extra-muros, pour ce qui est du contact suivi avec la population. Infirmières et éducateurs sont parfaitement bien situés pour saisir les problèmes de santé qui se posent à cause de facteurs institutionnels et organisationnels. Les actes techniques adéquats ne sont pas toujours posés

de manière optimale, dans l'institution ou dans l'hôpital, à cause de difficultés liées à l'organisation, à la gestion des relations humaines, à des freins institutionnels. Les éducateurs spécialisés rencontrent ce problème avec d'autant plus d'acuité qu'ils sont en contact avec les bénéficiaires, dans tous les aspects de leur vie quotidienne, pour de longues périodes. Ils participent aux peines et aux joies, à l'intimité et à la vie publique, des bénéficiaires. Si on leur en donnait le temps et les moyens, ils seraient en mesure de fournir des données et des analyses précises quant à différentes populations visées par la prévention et l'éducation pour la santé.

D'autres acteurs connaissent bien d'autres variables, paramètres et facteurs, d'autres pratiques éducatives et de promotion en matière de santé. Le **médecin du travail**, et la vie en entreprise, l'**enseignant** et la vie des enfants, l'**animateur de mouvement de jeunesse** et l'enfant dans ses loisirs, la **gardienne spécialisée**, la **puéricultrice de crèche** et l'enfant en bas âge dans un groupe étendu, ... sont autant d'acteurs et de domaines qui pourraient directement intervenir dans les recherches.

Si chacun d'eux touche des aspects privilégiés de la problématique de santé, il faudrait développer des efforts dans deux directions: d'une part développer des politiques qui leur donneraient les moyens et le temps d'utiliser leurs connaissances et leur savoir-faire dans des recherches scientifiques; d'autre part favoriser les interactions entre eux, pour déboucher sur un savoir scientifique organisé et véritablement pluridisciplinaire.

Ce sont là des orientations, des pistes de réflexion, pour des professionnels de l'éducation pour la santé, qui souhaiteraient élaborer ensemble des travaux de recherche et mettre en place des méthodologies nouvelles.

**Michel Mercier, UCL-FUNDP d'après une intervention lors de la 3<sup>e</sup> journée d'éducation pour la santé organisée par le Réseau des Enseignements en Santé Ouverts aux adultes (RESO) de l'UCL, le 28 mars 1992, sur le thème "Education pour la santé: pratiques et recherches"** ■

## La formation pour une meilleure relation entre recherche et pratique

Les actions d'éducation pour la santé impliquent de nombreux intervenants aux appartenances professionnelles variées (hospitalière, associative, universitaire, scolaire,...). Si tous ces intervenants ont pour but d'améliorer la santé des personnes, chacun y contribue selon les objectifs qui caractérisent son institution. Il en découle que la manière de l'intervenant d'envisager et de pratiquer les actions d'éducation sera grandement influencée par les caractéristiques et les enjeux de son milieu professionnel.

Toutefois, à travers la diversité d'intervenants et de savoir-faire, on peut identifier schématiquement deux groupes: ceux qui mènent l'action d'éducation auprès du public cible et ceux qui produisent un savoir sur l'éducation pour la santé. Aux premiers, on attribue souvent la pratique de terrain, aux seconds la recherche. La réalité, bien sûr, est plus complexe. Chaque intervenant aborde alternativement les deux domaines en essayant de respecter un certain équilibre.

Les difficultés actuelles de communication, de compréhension et de répartition entre ces deux groupes, ces deux domaines, limitent beaucoup l'efficacité des actions d'éducation et surtout ne permettent pas les échanges nécessaires à une réflexion scientifique. Dans ce contexte, les formations initiale et continue peuvent contribuer à l'amélioration des liens entre pratique et recherche selon trois niveaux.

### La clarification des enjeux

Un programme de formation doit répondre à des besoins. Il en est de même pour des formations à l'éducation pour la santé. L'exigence d'une interaction étroite entre la pratique et la recherche peut être considérée comme un besoin professionnel et ce

faisant, doit faire l'objet d'une communication claire d'intention de la part des formateurs. Il s'agit donc pour eux de formuler des objectifs pédagogiques permettant de faire acquérir aux participants des compétences facilitant la gestion de ces deux domaines dans leur future activité.

Il doit être prévu dans les programmes de formation un temps de discussion sur le rôle et la place de chaque intervenant dans les actions d'éducation. Il s'agit de déterminer leur champ de compétences afin de préciser la nature et les limites de leur contribution dans la résolution du problème. Cette clarification est fondamentale pour que le travail d'équipe soit réellement effectif.

On remarquera l'analogie qui existe entre la phase d'analyse de la situation que requiert tout projet d'éducation pour la santé et celle qui consiste à clarifier les enjeux, les buts recherchés par les acteurs à travers le projet lui-même. Tout programme de formation devrait donc renforcer sans l'exagérer cette analogie en accordant une large place aux **spécificités et caractéristiques de la multiprofessionnalité** (1,2).

### L'ingénierie pédagogique

La volonté de mieux préparer les participants à cette difficulté professionnelle doit s'appuyer sur une ingénierie pédagogique adéquate. Il ne suffit pas d'énoncer le problème pour le résoudre, encore faut-il amener le participant à y être confronté, afin qu'il envisage dès sa formation des solutions possibles.

Ainsi, le recours à des planifications par résolution de problèmes placerait le participant en situation constante de recherche et surtout le sensibiliserait mieux, selon certaines études, aux problèmes de santé de la communauté (3).

La mise en place de projet-développement ou de recherches par l'action

(4) lors de stages assurerait au participant toutes les conditions nécessaires pour un apprentissage performant (5) et lui offrirait la possibilité de confronter ses difficultés de terrain avec la démarche d'un chercheur lors de séances de tutorat.

Le choix par les enseignants de méthodes participatives pertinentes apparaît important pour faire acquérir les compétences et les attitudes professionnelles recherchées. On citera par exemple:

- la méthode de la différence qui permet, à partir d'une situation professionnelle, de découvrir la démarche d'un spécialiste et celle d'un acteur de terrain, de discuter et d'argumenter les points de vue différents (6);
- la méthode des cas croisés, qui donne la possibilité à différents professionnels de soumettre pour résolution leurs situations professionnelles à d'autres partenaires;
- des conférences de consensus permettant, entre autres, de discuter et de déterminer des conduites entre recherche et pratique;
- la conférence de méthodes, qui permet à l'enseignant de présenter sa discipline, ses objectifs, ses principes, sa démarche scientifique... Il s'agit d'un moment particulièrement privilégié pendant lequel l'enseignant analyse sa propre pratique et permet de clarifier son champ disciplinaire.

La perception par les participants d'un hiatus entre les intentions des formateurs et leurs applications pédagogiques risque d'être source de démotivation et de limiter l'impact de la formation. Les enseignants doivent choisir l'architecture pédagogique du programme et les méthodes pédagogiques en accord avec les principes, les buts de la formation. C'est au prix de ce réel investissement pédagogique que la formation peut contribuer à modifier des attitudes et des rapports professionnels.

(suite en page 25)

(suite de la page 20)

### La professionnalisation des formations à l'éducation pour la santé

L'absence de lien entre pratique et recherche réside, entre autre, dans la difficulté de définir actuellement le rôle d'éducateur pour la santé. Si la diversité des intervenants est nécessaire pour appréhender toutes les composantes d'un problème de santé, elle tend à faire disparaître la notion de responsable de projet. Il en résulte que, l'éducation pour la santé étant un processus relativement long, la continuité et le suivi d'un projet sont rarement assurés.

Il faut donc rétablir la fonction de maître d'oeuvre, c'est-à-dire celui qui a pour responsabilité de mener à bien le projet. Cette redéfinition préfigure, selon nous, le milieu professionnel dans lequel l'éducateur pourra concilier pratique et recherche.

L'appel à sous-traitance est donc un mode d'intervention possible dans le domaine de l'éducation pour la santé comme il l'est déjà dans les actions de coopération (7). Sans exclure les institutions actuelles et leurs contributions, l'émergence de professionnels du domaine de l'éducation pour la santé permettrait de promouvoir toutes actions d'éducation pour la santé, de les suivre et de les réajuster sur une longue durée. Ils en seraient les maîtres d'oeuvre, sous-traitant à différents partenaires plus spécialisés certaines réalisations. Ils en seraient les coordonnateurs, les référents dirigeant recherches et pratiques.

Pour cela, il semble nécessaire d'envisager la définition et l'acquisition d'un métier à part entière d'éducateur

pour la santé. Il s'agit de dépasser, sans le négliger, le stade d'un enseignement de l'éducation pour la santé pour aborder celui de la formation. Du transfert de connaissances scientifiques, nous devons envisager la maîtrise de compétences précises.

Reste à déterminer le champ professionnel où exercera l'éducateur. Doit-il travailler uniquement dans des structures spécialisées avec le risque de privilégier, en fonction des objectifs institutionnels, la recherche ou la pratique? Doit-il plutôt exercer sur les lieux-mêmes qui génèrent une problématique d'éducation pour la santé comme dans l'industrie, les conseils régionaux, municipaux, dans des associations de consommateurs, dans des chaînes hôtelières de remise en forme, avec, dans ces cas-là, la difficulté de concilier les impératifs d'une promotion de la santé et d'une recherche, et les finalités propres du milieu?

Il apparaît ainsi que penser l'éducation pour la santé en terme de formation, de métier, avec la définition des tâches professionnelles qui tiendraient compte, entre autres, du besoin d'échanges entre la recherche et la pratique, permettrait de mieux appréhender cette relation et de déterminer par qui et dans quelles conditions elle serait effectivement réalisable.

Dr Rémi Gagnayre, Département de Pédagogie des Sciences de la Santé, Centre collaborateur OMS pour les personnels de santé, UFR de Bobigny, 74 rue Marcel Cachin, F - 93012 Bobigny, France.

d'après une intervention lors de la 3e journée d'éducation pour la santé organisée par le Réseau des Enseignements en Santé Ouverts aux adultes

(RESO) de l'UCL, le 28 mars 1992, sur le thème "Education pour la santé: pratiques et recherches" ■

### Références

- (1) GAGNAYRE R., IVERNOIS (d') J.F., L'éducation du patient: son intérêt pédagogique dans les formations initiales des professionnels de santé, Actes du colloque, Journées Européennes des Facultés de Médecine en Europe, AMEE-AMDE, septembre 1991, 64p.
- (2) GAGNAYRE R., Problématique pédagogique dans la formation des éducateurs de patients, Actes du colloque, La participation du patient à son traitement, Centre collaborateur OMS-UFR de Bobigny, mars 1991, 35p.
- (3) SCHMIDT H.G., DALE DAUPHINEE W., PATEL V.L., Comparing the Effects of Problem-based and Conventional Curricula in an International Sample, in Journal of Medical Education, April 1987, 62, pp.306-315.
- (4) SPIRA N., Analyses et prospectives, La recherche-action en santé, INSERM, La documentation française, Paris, 1985, 151p.
- (5) ALOZY M., Une expérience de formation des élèves-infirmières en éducation pour la santé, dans le cadre d'une approche de santé communautaire, Mémoire de Maîtrise Universitaire en Pédagogie des Sciences de la Santé, D.P.S.S., Bobigny, 1991, 202p.
- (6) IVERNOIS (d') J.F., CHABOT J.M., Nouvelles méthodes pédagogiques en formation médicale continue "la méthode de la différence", in La Revue du Praticien, novembre 1982, 32, pp.53-54.
- (7) IVERNOIS (d') J.F., Contribution de la formation des personnels de santé à la réduction de la mortalité périnatale, La santé de la mère et de l'enfant - Nouvelles approches, 3èmes Journées des Boursiers étrangers, Ministère des Affaires étrangères - Ministère de la Coopération et du Développement, tome 2, mars 1990, pp.197-202.





- **Educa-Santé** (D020)  
avenue Général Michel, 1b  
6000 CHARLEROI



Ce livre peut être lu individuellement par des **enfants de 8 à 12 ans**. Il peut servir de base d'échanges avec les adultes. Il existe également 3 autres livres illustrés de la même collection : A la maison (D021), En plein air (D019) et Près de l'eau (D018).



Aider les enfants à assurer leur sécurité et à faire le meilleur choix pour **éviter les accidents sur la route**.



**Livre** illustré de 32 pages de présentation claire et attrayante qui contient des informations, des conseils de sécurité, des illustrations et des jeux.



**Auteurs** : Pete SANDERS - Louis MORZAC  
**Editeurs** : Gamma - Ecole Active  
**Lieux d'édition** : Paris - Tournai - Montréal  
**Date d'édition** : 1990



## Sur la route

## Pourquoi ces fiches ?

Actifs depuis plusieurs années dans la prévention des accidents par l'éducation à la sécurité, de nombreux organismes de la Communauté française de Belgique, de France, de Suisse et d'autres régions ont conçu et élaboré des outils.

Leur diversité et leur qualité sont autant d'atouts pour tous les éducateurs qui sont conscients des problèmes de santé que posent les accidents et qui souhaitent s'engager dans des actions préventives.

Educa-Santé, avec le soutien de la Communauté française, a répertorié ce matériel et a rassemblé un certain nombre de brochures, jeux, vidéos, diapositives, bandes dessinées, livres illustrés, dossiers pédagogiques, modules d'animation, ... qui vous sont accessibles.

Afin de faciliter le choix et l'utilisation des supports, chacun d'eux est analysé et présenté dans une fiche.

L'ensemble des fiches - disponibles en novembre 1993 - seront rassemblées dans une farde permettant ainsi une mise à jour permanente.

Nous vous en souhaitons une utilisation agréable et efficace.

Educa-Santé



- **Educa-Santé** (D007)  
avenue Général Michel, 1b  
6000 CHARLEROI



Les fiches proposent des activités à préparer par **l'enseignant** ou l'**éducateur** en vue de mener des animations de prévention en **groupes**. Ces fiches se basent sur une **pédagogie active**, qui nécessite une préparation de la part de l'animateur et qui implique l'enfant dans des activités concrètes. Il existe le même type de dossier pour les 11 - 20 ans (D008).



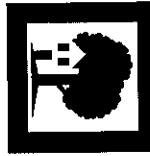
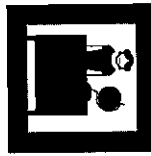
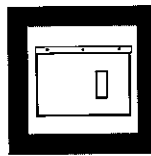
Permettre aux enfants d'**éviter les situations à risque** par une meilleure connaissance de leur environnement, et d'acquérir une meilleure maîtrise des conséquences du risque.



**Dossier pédagogique** composé de fiches qui proposent des activités adaptées spécifiquement aux différents âges (**de 3 à 11 ans**), diversifiées, ludiques, éducatives, basées sur l'observation ou l'expérimentation, et donc, en rapport direct avec l'environnement et le vécu de l'enfant.



**Auteurs** : ADEIC - FEN  
**Editeurs** : ADEIC - FEN  
**Lieu d'édition** : Paris  
**Date d'édition** : 1989



## Vivre en sécurité

## Je connais ma maison

**Auteur** : Service Education à la Santé  
**Editeur** : ONE  
**Lieu d'édition** : Bruxelles  
**Date d'édition** : 1990



**Jeu collectif** qui comprend un circuit composé de cartes de 3 couleurs qui identifient le type de questions auxquelles les enfants devront répondre en équipe (accidents à l'école, à la maison, dans les loisirs, dans la nature).

Un dé géant, 4 maisons (composées de 4 pièces et un toit), trois séries de questions, des aimants rouges pour les lieux dangereux et verts pour les lieux sans danger.

Apprendre à l'enfant à **détecter** un danger, à savoir y **faire face** et à **bien réagir** si l'accident arrive.



Animation de plus ou moins 30 minutes, pour un **groupe d'une vingtaine d'enfants de 3 à 7 ans**. L'animateur propose 4 équipes qui devront reconstruire une maison en fonction des réponses correctes apportées aux questions-sécurité posées.

Dans un second temps, face à la maison reconstruite, les enfants identifieront, pour chaque pièce, les lieux dangereux et les lieux sans danger.

- **ONE**, Service Education à la Santé  
domaine de Chastre  
route de Gemboux 2  
1450 CORTIL-NOIRMONT  
(utilisé par l'ONE uniquement lors d'une animation)





- **Educa-Santé** (P042)  
avenue Général Michel, 1b  
6000 CHARLEROI



L'enfant a un rôle d'acteur de la prévention face à l'adulte étourdi.



Attirer l'attention des enfants de 8 à 12 ans sur les **dangers d'une mauvaise utilisation du gaz.**

messages préventifs simples et précis.

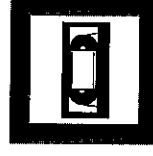
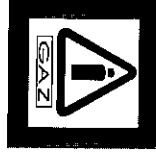
de la prévention. Il informe des précautions à prendre lors de l'emploi du gaz et montre les comportements adéquats en cas d'accident. Il donne des



**K7 vidéo** de 14 minutes (noir et blanc VHS). Le film illustre, par le biais d'un scénario humoristique, des situations à risque liées à l'utilisation du gaz. Il met en scène le personnage de l'étourdi et un enfant acteur



**Auteur :** J.-C. BAUMERDER  
**Editeurs :** Gaz de France, ADEIC-FEN  
**Lieu d'édition :** Paris  
**Date d'édition :** 1990



## L'étourdi

## Parcours sans risque



**Editeur :** Nathan  
**Lieu d'édition :** Paris  
**Date d'édition :** 1989



**Jeu** pour 2 à 4 joueurs qui comprend un plateau, 4 personnages, 1 dé, 4 x 32 cartes-questions, 20 cartes rendez-vous, une règle de jeu et un fascicule d'information conçu par le Docteur Jean LAVAUD du Comité National de l'Enfance.



**Apprendre aux enfants** à faire face aux dangers de la vie quotidienne.

**Apprendre aux parents** à informer leurs enfants des risques de la vie quotidienne.



Les enfants **de 7 à 12 ans** peuvent jouer sans l'aide d'un adulte. Le jeu est une occasion de parler des risques de la vie quotidienne.

Jeu de qualité, attrayant, utilisable à long terme. Outil d'apprentissage qui procure des informations précises dans un contexte ludique.



- **Educa-Santé** (D027)  
avenue Général Michel, 1b  
6000 CHARLEROI

## En ville



**Auteurs :** Linda BAILLIE - Pip SHUCKBURGH  
**Editeur :** Nathan  
**Lieu d'édition :** Paris  
**Date d'édition :** 1989



**Petit livre illustré** de 20 pages qui présente des scènes de la vie quotidienne des enfants lorsqu'ils se déplacent en ville. Ce livre adresse quelques recommandations aux parents.



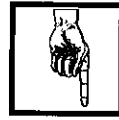
**Apprendre aux adultes** à parler de la sécurité aux tout-petits de 2 à 6 ans.



Les situations sont présentées de manière positive et incitent les parents à une attitude responsable. Il existe également 3 autres livres illustrés parus dans la même collection : "A la campagne" (D013), "A la maison" (D014), "Dans le jardin" (D015).



- **Educa-Santé** (D016)  
avenue Général Michel, 1b  
6000 CHARLEROI



- **Educa-Santé** (D002)  
avenue Général Michel, 1b  
6000 CHARLEROI



Les diapositives servent de support à des animations à propos des risques d'accident et de leur prévention, avec des **enfants de 5 à 8 ans.**



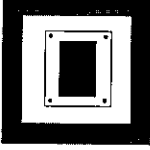
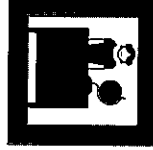
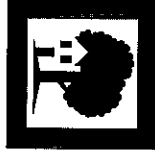
Apprendre aux enfants à **reconnaitre le danger** et à **identifier les comportements prudents** afin de prévenir l'accident.



Pochette de **10 diapositives** qui représentent des situations à risques d'accident : chute, brûlure, asphyxie, intoxication.



**Editeur :** ADESSI  
**Lieu d'édition :** Grenoble



## Accidents domestiques

