

du non-marchand, gestion des ressources humaines,...

Renseignements: A.P.P.A., Résidence Bois de Courrière 1, 7100 Besonriex. Tél.: 064/54.83.39 après 17h.

Emploi - demandes

* Médecin, spécialisée en santé publique, en médecine tropicale et formée en éducation pour la santé, souhaite orienter sa carrière professionnelle dans le domaine de l'aide à l'enfant et aux personnes en situation difficile, de l'éducation à la santé et du soutien psychosocial; a effectué des missions dans des pays en voie de développement; a travaillé récemment dans l'équipe du Délégué général aux droits de l'enfant. Coordonnées: **Docteur Anne Magotteaux**, avenue Hippocrate 6 bte 15, 1932 Sint-Stevens Woluwe, tél. 02/720.58.96.

* Licencié en psychologie sociale et du travail et agrégé de l'enseignement secondaire supérieur. Expériences d'ingénierie de la formation et d'animation de développement affectif et sexuel et d'orientation vocationnelle dans l'enseignement secondaire. Animation d'un groupe de projet avec professeurs et direction, visant la prise en charge de jeunes sans repère. Animation du cours de prévention primaire "Clés pour l'adolescence". Souhaite mener des actions de prévention primaire et secondaire soit directement avec le public cible, soit en tant que relais pour les intervenants du terrain. Coordonnées: **Gilles Lenaerts**, rue du Prince Royal 48, 1050 Bruxelles, tél. 02/512.78.37.

Emploi - offre

L'Observatoire de la Santé du Hainaut recherche pour une période de deux ans un(e) spécialiste en pro-

gramme de promotion de la santé. Qualification universitaire et expérience en santé des jeunes requise.

Le candidat remplira sa mission dans le cadre d'un projet de promotion de la santé du coeur chez les jeunes.

Renseignements et C.V auprès de: **Monsieur le Docteur L. Berghmans**, Médecin-Directeur, Observatoire de la santé du Hainaut, rue Saint-Antoine 1, 7021 Hauré, tél. 065/87.27.00.

Changement d'adresse

Infor-Drogues devient complètement marteau, comme le signale avec humour l'asbl. Nouvelle adresse: rue du marteau 19, 1000 Bruxelles. Nouveaux téléphones: 02/227.52.52 pour l'aide et l'info 24h/24, 02/227.52.60 pour l'administration, et 02/227.52.61 pour l'équipe de prévention. Fax: 02/219.27.25.

A suivre

Nous recevons beaucoup d'articles, de documents, de matériel pédagogique. A un point tel que nous n'arrivons pas toujours à vous présenter initiatives et outils intéressants dans un délai de quelques semaines, faute de temps pour les traiter, et de place pour les publier. Mais vous ne perdez rien pour attendre, c'est promis. Nous vous présenterons ainsi prochainement des productions fort intéressantes de la Croix-Rouge de Belgique et de l'équipe Promes (ILB).

Ce ne sera toutefois pas pour le prochain numéro, qui sera consacré au décret organisant la promotion de la santé en Communauté française de Belgique. Eh oui, il a été voté par le Parlement le 8 juillet, et a été signé par les membres du Gouvernement le 14 juillet, après deux ans de maturation. C'est un événement qui mérite bien un peu de publicité!

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

Rédacteur en chef: Christian De Bock.

Conseiller de la rédaction: Jacques Henkinbrant.

Secrétaire de rédaction: Bernadette Taeymans.

Secrétaire de rédaction adjoint: Anne Fenaux.

Rédaction: Chantal Delvaux, Maryse Van Audenhaege

Documentation: Maryse Van Audenhaege.

Abonnements: Franca Tartamella.

Comité de rédaction: Pascale Anceaux, Pierre Anselme, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Nouara Chaoui, Christian De Bock, Alain Deccache, Michel Demarteau, Anne Fenaux, Anne Geeraets, Jacques Henkinbrant, Geneviève Houiou, Véronique Janzyk, Vincent Magos, Jean-Luc Noël, Thierry Poucet, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Eric Vandersteenen.

Editeur responsable: Edouard Descampe, avenue E. Demolder 44, 1030 Bruxelles.

Maquette: Philippe Maréchal.

Mise en page, photogravure et impression: Economat ANMC.

Tirage: 2.300 exemplaires.

Diffusion: 2.000 exemplaires.

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

ISSN: 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

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

Tél.: 02/237.48.53. Fax: 02/237.33.10 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).

E-mail: jeanbenoit.dufour@ping.be.



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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

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

Education

SANTÉ

Réflexions

La promotion de la santé des enfants hospitalisés et de leur famille par **Claude Renard**, **Paul Malvaux** et **Alain Deccache** p. 7

Initiatives

Les écoles promotrices de santé par **Emmanuelle Caspers** et **Viiviane Deleger** p. 15

La mortalité en Belgique par **Luc Berghmans** et **Christian Massot** p. 16

Un Conseil des assuétudes en Brabant wallon p. 17

La 8^e journée scientifique du RESO UCL p. 18

Les petits déjeuners de Braine-le-Château p. 22

Locale

Une 'journée santé' à Neufchâteau par **Michel Demazy** p. 23

Brèves

p. 26

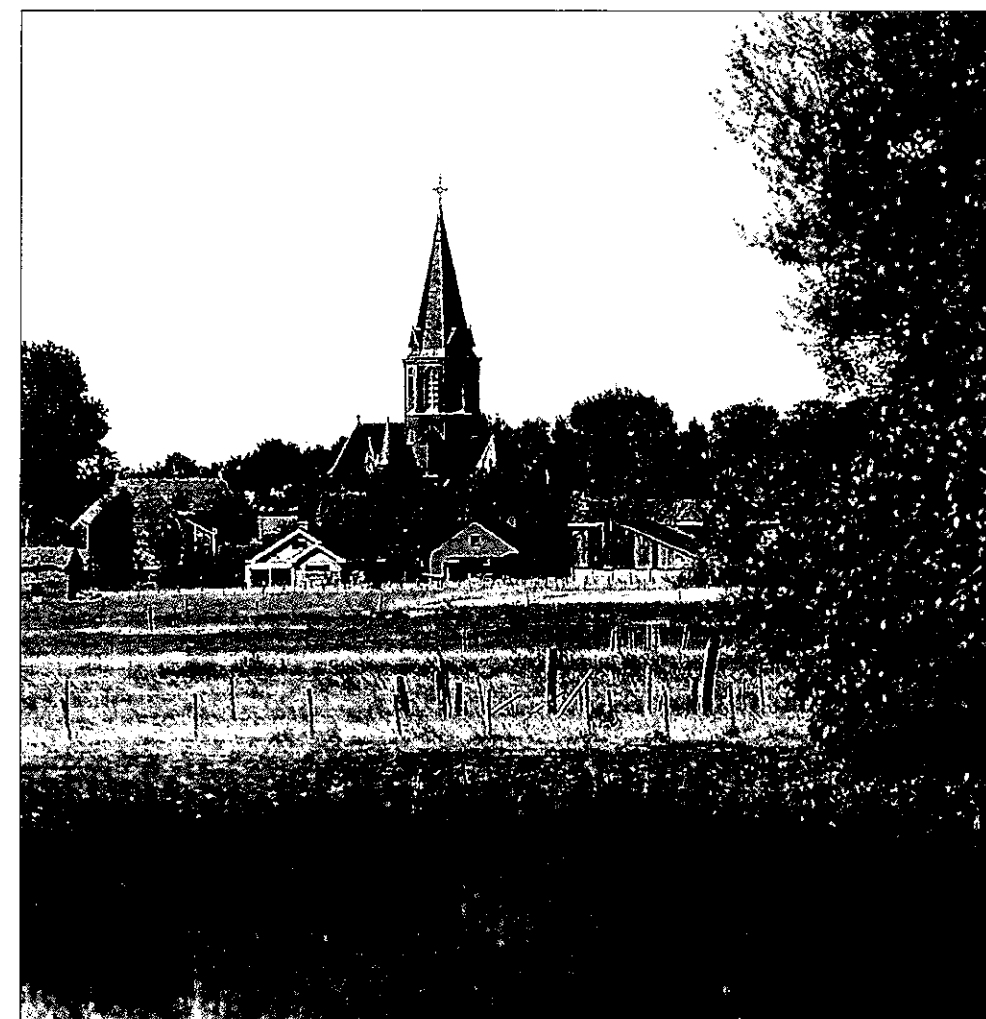


Photo News - Didier Lebr.

Un scénario futur pour la promotion de la santé au plan local

par **Benôit Dadoumont** et **Carine Lafontaine** p. 2

Suppléments sans tabac
Brochure 'Ado sans T'
Affichette 'Bébé non fumeur'

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.



Un scénario futur pour la promotion de la santé au plan local

La réorganisation en cours du secteur de la promotion de la santé en Communauté française de Belgique confère un rôle important aux Centres locaux de promotion de la santé (nous les appellerons CLPS), appelés à remplacer les actuelles Commissions locales de coordination (CLC). Ces dernières ont sérieusement réfléchi à la manière la plus adéquate de relever de nouveaux défis, en améliorant la concertation avec les acteurs locaux et d'une manière générale la qualité des services rendus aux populations. Elles ont aussi travaillé sur les 'blancs' inévitables du texte de loi, qui fournit un cadre général qui doit être précisé dans des arrêtés d'application. Voici les résultats de ces réflexions, extraits d'une note de travail détaillée réalisée par Benoît Dadoumont (Huy-Waremme) et Carine Lafontaine (Liège). Ces réflexions sont aussi le fruit de sept années d'expérience des Commissions locales de coordination sur le terrain.

De plein pied dans la promotion de la santé

"La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé individuelle et collective et sur les facteurs qui la déterminent, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie. Il s'agit d'un concept global et positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire; elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être indépendamment de pathologies spécifiques. (...) La promotion de la santé procède aussi de la participation effective et concrète de la population à la fixation des priori-

tés à partir des besoins exprimés, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé" (Charte d'Ottawa et textes de l'Organisation mondiale de la santé).

Le décret opère un choix sans ambiguïté pour ce type d'approche. Dans les arrêtés d'application, il faudra, si on veut atteindre les objectifs effectifs de promotion de la santé, veiller à baliser un cadre adapté à ce modèle (et non plus centré exclusivement sur la seule approche de type "éducation pour la santé").

Quelques principes fondamentaux d'une approche de promotion de la santé sont:

- développer une vision positive et globale de la santé (bien-être) prenant en compte autant l'individu que son milieu et agissant sur les différents déterminants de la santé.
- éviter de développer uniquement les approches thématiques (qui ont démontré leurs limites si elles sont utilisées sans réserves) et privilégier la mise en place d'approches transversales et intersectorielles...
- ouvrir le partenariat vers d'autres secteurs afin de pouvoir aborder la santé comme un concept global.
- promouvoir une approche participative de la population.

Des caractéristiques essentielles

Une politique publique saine axée sur l'intersectorialité, la participation de la population et la concertation

"La promotion de la santé va bien au delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard. Une politique de promotion de la santé combine des méthodes différentes mais complémentaires et notamment la législation, les mesures fiscales, la taxation, les changements organisationnels. Il s'agit d'une action coordonnée qui

conduit à la santé". "Ainsi, seul, le secteur sanitaire ne saurait offrir ces conditions préalables et ces perspectives favorables à la santé" (Charte d'Ottawa et textes de l'OMS).

Dans la mesure où il s'agit bien de pouvoir établir une politique de promotion de la santé en Communauté française de Belgique, il est nécessaire de proposer une stratégie complémentaire à l'approche par thématiques (tuberculose, sida, toxicomanie...). En effet, la promotion de la santé est indissociable de la notion d'intersectorialité. Idéalement, celle-ci suppose que les différents secteurs dépendant des ministères de la Communauté française de Belgique (santé scolaire, audiovisuel, aide à la jeunesse, éducation, promotion de la santé, petite enfance-ONE,...) se concertent, développent une préoccupation santé commune et en tiennent compte dans leurs prises de décisions.

Des concertations intra-secteurs puis inter-secteurs devront permettre d'harmoniser les orientations, les stratégies d'intervention et enfin les actions concrètes. Elles assureront ainsi la mise en oeuvre cohérente de la politique au niveau local et communautaire.

Si on veut que, dès l'installation de la nouvelle structure, on puisse profiter des acquis et mettre en place des concertations et modalités de collaboration, des plates-formes de travail garantissant et organisant le travail de chacun, il est essentiel de définir au niveau des textes légaux l'objet et les modalités de relation et de collaborations entre différents partenaires.

Le type de concertation mis en place entre les CLC depuis plusieurs années pourrait servir de modèle à une concertation entre les Centres locaux de promotion de la santé. Ces collaborations ont été établies dans le souci d'améliorer la qualité des services offerts aux relais. Elles ont effectivement permis des avancées positives dans la politique locale: développement d'une réflexion commune et concertée en terme d'assurance de qualité, circulation optimale des informations, mise

fessionnels de l'éducation ou de la relation d'aide sociale, psychologique ou médicale.

Cette formation se répartit en deux cycles:

- un cycle de base de 5 jours (dates: 20 octobre, 21 octobre, 4 novembre, 25 novembre et 16 décembre 1997 de 10 à 16 heures), + 2 jours d'exercices organisés entre les modules (au choix les 13 novembre, 20 novembre, 4 décembre, 11 décembre ou 18 décembre 1997);
- des cycles d'approfondissement en relation d'aide et en prévention (dates encore à préciser dans le courant de l'année 1998).

Prix: 4.000 francs par participant. Réduction de 50% pour les étudiants et demandeurs d'emploi.

Renseignements: Centre NADJA, rue Soeurs de Hasque 9, 4000 Liège, tél. 04/223.01.19, fax 04/221.18.43.

Promotion santé Namur

23 octobre 1997

Forum d'échanges organisé dans le cadre des Ateliers Santé Communication Interaction (SCI). Trois volets:

1. présentation du projet SCI;
2. expériences et perspectives;
3. échanges et rencontres.

Cette journée sera présentée de manière plus détaillée dans Education Santé n° 121

Renseignements: Véronique Blanpain et Bénédicte Rusingi, Service Promotion de la Santé de l'Institut Provincial d'Hygiène Sociale de Namur, tél. 081/72.37.87. (le lundi, mercredi, vendredi).

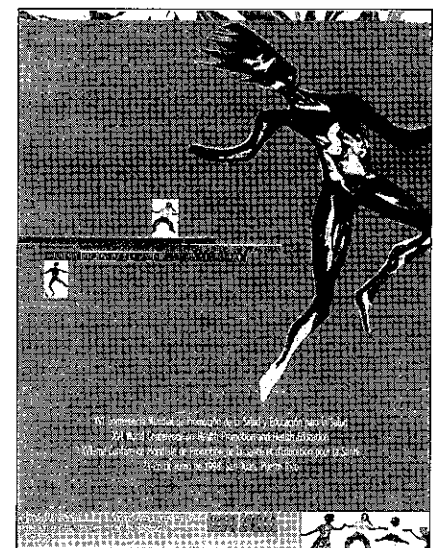
Promotion de la santé San Juan (Puerto Rico)

21 au 26 juin 1998

La XVIe Conférence Mondiale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé, "Nouveaux horizons pour la santé: de la vision à la pratique" aura pour but de mettre en évidence et d'analyser quatre déterminants importants de la santé: équité,

empowerment, environnement, économie.

Les conditions sociales, économiques et d'environnement présentent des obstacles à la création et à l'amélioration de la santé, et représentent un défi majeur pour la promotion de la santé. Il serait irresponsable de réaliser une conférence sur la santé sans réfléchir sérieusement à l'environnement dans lequel nous évoluons et sans analyser en profondeur les principaux facteurs qui affectent la santé du monde d'aujourd'hui.



Les objectifs de la conférence sont les suivants:

- actualiser les connaissances et la compréhension des obstacles à la santé;
- faciliter l'échange d'expériences, de pratiques, de stratégies spécifiques de promotion de la santé (recherches, politiques, éducation, formation, développement communautaire, communication);
- promouvoir les échanges d'idées autour de sujets théoriques;
- mettre en place des réseaux de personnes et d'organismes que la promotion de la santé, le bien-être et la qualité de la vie intéressent, et renforcer ceux qui existent déjà.

Programme et inscriptions: XVIe Conférence Mondiale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé, Secrétariat, PO Box 365057, San Juan, Puerto Rico.

Assuétudes Bruxelles

"Les questions de la prévention des assuétudes et des toxicomanies": des formations à la carte pour les étudiants des Hautes Ecoles, futurs professionnels de la santé, de la prévention, de l'enseignement, du travail social.

Contenu:

- approche du phénomène de consommation dans nos sociétés: usages, produits, contextes, idées fausses;
- le passage de l'adolescence;
- enjeux, pièges et limites de la prévention;
- des projets, des outils, des relais.

Renseignements: Prospective Jeunesse, Anne Papeians et Henri Patrick Ceusters, rue Mercelis 27, 1050 Bruxelles, tél. 02/512.17.66, fax 513.24.02.

Prix Herman Houtman

Cette récompense biennale du Fonds Houtman (géré par l'ONE) est attribuée à un travail contribuant à l'amélioration du bien-être de l'enfant en Communauté française de Belgique.

Le lauréat 1997, le Dr Delange, a été récompensé pour 30 ans de recherche sur l'hypothyroïdie congénitale et la carence en iode, ainsi que sur le développement cérébral de l'enfant, dont les retards provoqués par la carence sont irréversibles.

Formation

L'A.P.P.A., Associations des Praticiens en Psychologie Appliquée, vient d'éditionner son 'Guide des formations complémentaires pour psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs, enseignants, pédagogues, psychomotriciens,... On y trouve plus de 200 formations: psychothérapie, analyse systémique, thérapie familiale, psychanalyse, somatothérapie, sexologie, consultation conjugale, sophrologie, psychomotricité, graphologie, pédagogie, dynamique de groupe, éducation pour la santé, prévention sida et drogues, gérontologie, gestion

Milieu de travail

Bruxelles

10, 11 et 12 septembre 1997

Congrès sur le thème "La santé et la sécurité au travail", organisé par la F.O.H.N.E.U. (Federation of Occupational Health Nurses within the European Union), dont le représentant francophone en Belgique est l'Association francophone des Infirmières de santé au travail de Belgique.

Renseignements auprès de la présidente de l'association: Madame Josette Moresi, Usine de Chertal, 4683 Vivegnis, tél. 04/248.85.30, fax 04/248.84.55.

Assuétudes

Bruxelles

11, 18 et 25 septembre, 2 et 9 octobre

Cycle de formation sur le thème "Comment aborder, motiver et aider un consommateur à problème?". Public visé: les travailleurs médico-sociaux en entreprise.

Objectifs:

- conscientiser les travailleurs médico-sociaux pour en faire des partenaires actifs de la prévention de l'alcoolisme et des autres toxicomanies;

- leur donner les moyens concrets d'optimiser leurs échanges avec les alcooliques et autres travailleurs en difficulté, de motiver ces personnes à entreprendre une démarche et les orienter vers des structures de prise en charge adéquates.

Contenu de la formation:

- information théorique sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies;

- sensibilisation à l'approche systématique de ces problématiques;

- conséquences et facteurs favorisant les problèmes d'assuétudes au travail;

- formation à la relation d'aide et à l'entretien de motivation (exercices pratiques de communication, discussion de cas amenés par les participants, jeux de rôle);

- information sur les ressources institutionnelles en matière de prise en charge.

Coût: en cas de prise en charge par l'entreprise, 9.500 FB pour une per-

sonne, 8.500 FB par personne pour deux personnes, 7.000 FB par personne pour trois personnes; en cas de prise en charge individuelle, 8.000 FB.

Renseignements: Santé et Entreprise ASBL, rue Fontaine d'Amour 11, 1030 Bruxelles, 02/215.61.45.

Santé mentale

Tournai

29 septembre 1997

Conférence 'Dépression, perte de plaisir. Comment retrouver son élan vital?', animée par le Dr Michel Verboogen, neuro-psychiatre et Myriam Rouneau, psychothérapeute.

Cela aura lieu à 20 heures, au Centre de Repos du Tournais, chée de Douai 5, 7500 Tournai. Entrée gratuite.

Inscription: "La Prévoyante", Mutualité Professionnelle et Libre du Tournais, Service Animation, Quai A. Sakharov 2, 7500 Tournai. Tél.: 069/89.01.31, les lundi, mardi et jeudi de 13h30 à 16h, les mercredi et vendredi de 8h30 à 12h.

Prévention sida

Namur

30 septembre 1997

Table ronde sur la prévention du sida auprès des adultes en situation de précarité sociale (CPAS, structures d'insertion socio-professionnelle, structures d'accueil,...), organisée par l'asbl Namur Entraide Sida et la Cellule Provinciale Sida Toxicomanie. Elle aura lieu à la Résidence du Val, rue Château des Balances 3, 5000 Namur.

Renseignements: Bénédicte Rusingizandekwe, 081/72.16.26.

Maladie

Angleur

2 octobre 1997

Table ronde sur le thème 'Pourquoi faut-il se soucier de sa thyroïde?'. Elle aura lieu à 19h30 au château de Péralta, rue de l'Hôtel de Ville.

Renseignements: Liège Santé, Maison de la Qualité de la Vie, Bd de la Constitution 19/2, 4020 Liège. Tél.: 04/349.51.33.

Assuétudes

Bruxelles

Octobre, novembre et décembre 1997

Modules interdisciplinaires de formation (3 jours), destinés à tout adulte relais confronté à la question des drogues dans sa pratique professionnelle ou dans la sphère privée: intervenants psycho-médico-sociaux, enseignants, parents, stagiaires, etc.

Dates retenus pour le 4e trimestre 1997:

- 2, 3 et 16 octobre, de 9h30 à 16h30;

- 27, 28 novembre et 11 décembre, de 9h30 à 16h30.

Renseignements: Prospective Jeunesse, Thérèse Nyst et Michel Rosenzweig, rue Mercelis 27, 1050 Bruxelles, tél. 02/512.17.66, fax 02/513.24.02.

Maladie cardio-vasculaire

Paris

5 au 9 octobre 1997

11e Congrès International sur l'Athérosclérose. Les progrès récents dans le domaine seront abordés: dyslipidémies, biologie de la paroi artérielle, identification de l'athérosclérose, facteurs de risque associés, prévention, thérapeutiques.

Renseignements: Agence ORMES, 17 place de la Résistance, 92445 Issy Les Moulineaux Cédex. Tél.: 01.46.48.46.48. Fax: 01 46 45 59 38.

Analyse transactionnelle

Louvain-la-Neuve

11 octobre 1997

L'Association belge pour l'analyse transactionnelle (ASSOBAT) organise une journée d'étude 'Regards multiples sur une société en devenir'. Cela se passera à l'Auditoire Socrate, place Cardinal Mercier 10.

Renseignements: 010/45.67.80 ou 081/73.76.75.

Assuétudes

Liège

Octobre, novembre, décembre 1997

Le Centre NADJA, centre de prévention et de traitement des toxicomanies, organise une session de formation en "Communication et toxicomanie", pour les professionnels et futurs pro-

au point d'une base commune de documentation destinée aux relais de terrain, choix d'outils informatiques identiques, utilisation d'un logo commun, organisation de formations continues, élaboration d'une philosophie de travail commune sur base du choix de missions prioritaires, mise en place d'un secrétariat permanent comme interlocuteur privilégié des services communautaires, rubrique "Locale" dans la revue "Education Santé"... Des collaborations étroites (CLC-services aux éducateurs) ont également été établies entre la structure de coordination et des services communautaires comme la Médiathèque, l'A.P.E.S., Cultures et Santé,... Elles ont là aussi permis des progrès significatifs en terme de synergies et d'efficacité des services offerts au terrain.

Promouvoir l'idée

"Une bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie. Les facteurs politiques économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé. La démarche de promotion de la santé tente de rendre ces conditions favorables par le biais de la promotion des idées" (Charte d'Ottawa et textes de l'OMS).

Le nouveau mandat de la structure devra porter le plaidoyer pour une politique multisectorielle et intersectorielle centrée sur les besoins de l'individu perçu globalement plutôt qu'au travers de différentes thématiques.

A tout niveau de responsabilité et de pouvoir, il s'agit donc de partager ce concept, de le préciser pour créer un langage commun et une philosophie commune.

On veillera, pour aller dans ce sens, à développer des stratégies de marketing social planifiées à moyen et long terme.

Permettre la participation de la population

"La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté, non seulement pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, mais encore

pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Dès lors, il faut avoir prévu des mécanismes par lesquels pourront s'exprimer les besoins de la population, s'accroître l'intérêt et se développer la participation de celle-ci pour sa santé" (Charte d'Ottawa et textes de l'OMS).

La composition du Conseil supérieur de promotion de la santé (CSPS) sera évidemment un facteur crucial, sur lequel se jugera l'adéquation entre les intentions inscrites dans le décret et les actes décisionnels, de portée générale, qui devront être pris: cette adéquation devra notamment privilégier la proximité entre le terrain et les instances dirigeantes. Le CSPS devra, pour ce faire, comprendre en son sein non seulement une représentation large et majoritaire de personnes ayant une pratique et une expérience sur le terrain et dans le quotidien de promotion de la santé, mais encore de personnes ayant sur le terrain une vue intersectorielle des différentes facettes de la santé globale.

Renforcer l'action communautaire

"La promotion de la santé s'appuie sur une démarche réellement décentralisée de la prise de décision qui permet à une communauté locale une large autonomie pour définir ses besoins, fixer ses priorités, les planifier et les exécuter dans le cadre de lignes directrices plus globales" (Charte d'Ottawa et textes de l'OMS).

Ces priorités pourraient être par exemple, celles fixées dans le programme quinquennal et le plan communautaire de la Communauté française de Belgique, tels que le prévoit le décret.

Renforcer les structures de proximité (en leur octroyant des moyens financiers et humains supérieurs à ceux prévus actuellement) devra permettre d'établir des collaborations soutenues avec les relais de terrain. Ces collaborations devront donner naissance à des projets au départ de la communauté locale, s'intégrant au tissu social existant et répondant à des besoins qui y sont formulés.

Les CLPS devront pouvoir adopter différentes stratégies en fonction des situations rencontrées:

- mise en évidence, au niveau local, de besoins auxquels les Services communautaires de promotion de la santé (SCPS) peuvent répondre. Le CLPS fera transiter la demande du terrain vers le SCPS concerné;

- mise en évidence localement d'une carence nécessitant une réponse communautaire (réponse formulable en terme de construction d'outils, de formations, d'enquêtes...). Le CLPS communique l'information au CSPS qui, en fonction des informations "remontant" des différents terrains locaux, pourra décider de demander un subventionnement;

- mise en évidence localement d'une carence nécessitant une réponse locale (réponse formulable en terme de soutien, y compris financier, de projets pilotes, de projets locaux, de récoltes de données locales...). Le CLPS prend en charge la demande de subventionnement du projet tout en restant attentif à garder son image de neutralité et de pluralisme sur le terrain local;

- mise en évidence localement de besoins auxquels le CLPS, éventuellement en collaboration avec d'autres organismes locaux, peut répondre.

Au delà de la mise en place de projets dans lesquels la population prend une part active, l'existence d'un réseau offre la possibilité de faire circuler l'information tant dans une voie ascendante que descendante.

Le CLPS devra donc constamment veiller à:

- utiliser le réseau pour répercuter et diffuser les décisions et options prises de manière centralisée;

- utiliser le réseau pour faire remonter de l'information vers un niveau centralisé.

Ces différentes stratégies sont liées à la connaissance et aux relations que le CLPS entretient avec le terrain local. Elles supposent aussi que des concertations existeront entre les différents membres de la structure. Ces concertations devront permettre la mise en place de procédures de collaboration.

Offrir des services

"La participation réelle et concrète de la communauté aux prises de décision et à la réalisation de stratégies passe par un travail soutenu de mise à sa disposition d'outils de développement des capacités individuelles et collec-

tives (éducation pour la santé...), d'offres d'informations... et cela dans la vie des personnes, des groupes à l'école, dans les quartiers, les entreprises, les communautés villageoises ou urbaines, à l'hôpital... dans tout lieu de vie. Cela comprend une solide fondation dans un milieu apportant

ces soutiens, ces informations, les aptitudes et les possibilités permettant de faire des choix sains... " (Charte d'Ottawa et textes de l'OMS).

Les CLPS, les SCPS, les responsables d'actions et de recherches orientent donc bien leurs activités dans le sens

d'une assistance au terrain et non dans la poursuite d'objectifs qui leur sont propres.

Pour assurer une cohérence locale, les SCPS, les responsables des recherches et actions à vocation locale travaillent en concertation avec le CLPS. ■

L'application du décret au plan local

La promotion de la santé: un cadre général de travail

De manière à pouvoir proposer aux relais du terrain un soutien efficace et rationnel dans la mise en place de leurs projets de promotion de la santé, il nous semble indispensable d'organiser le travail de l'équipe du Centre Local de Promotion de la Santé (CLPS) en terme de public cible plutôt que de maintenir une répartition des tâches par thématique (en ce compris la thématique du sida, qui n'en garde pas moins une spécificité liée à l'émergence de la pandémie).

Soutenir les relais locaux dans une approche globale, répondant aux attentes du terrain (et pas seulement à des priorités définies par des experts locaux ou communautaires) et donc permettant d'envisager une participation active des relais et de la population concernée dans toute la stratégie d'analyse puis de remédiation qui en découlera, ne peut être envisagé que si nous proposons un soutien multithématique et global.

Au delà de l'intérêt qu'offre cette approche de correspondre au mieux au cadre théorique de fonctionnement qui nous est proposé par le décret, l'approche par public présente également d'autres avantages répondant aux mêmes objectifs:

- ce type d'approche permet aux travailleurs d'un CLPS d'avoir une meilleure connaissance de leurs partenaires du terrain et du secteur dans lequel ils évoluent. Cette compréhension du fonctionnement d'un secteur d'activité, de ses acteurs, de ses rouages, de ses freins et moteurs est essentielle au développement de projets efficaces.
- ce principe permet une meilleure identification, par les relais du terrain, de leur interlocuteur privilégié au sein de l'équipe d'un CLPS.

- une vue globale des projets menés par une même institution, toutes thématiques confondues, est possible.
- ce mode de fonctionnement incite à la mise en place de concertation interne et thématique entre les membres d'un même CLPS.
- le mode de fonctionnement par public reste pertinent également lors de projets à développer dans le cadre d'une approche de type "éducation pour la santé" (par thématique).

Une traduction concrète du programme quinquennal et du plan communautaire

Le CLPS: relais du plan communautaire

La mise en application de la politique de promotion de la santé au niveau local devrait pouvoir s'appuyer sur:

- un cadre théorique et méthodologique quinquennal (définition de la philosophie de travail et de collaboration, recommandations quant aux stratégies et méthodologies à développer,...);
- un cadre plus opérationnel, redéfini annuellement au vu des informations remontant des différents terrains locaux, de données nationales ou internationales, et de la sensibilité sociale locale.

Il est indispensable que ce cadre soit défini de façon suffisamment ouverte pour permettre une adaptation locale laissant la place aux besoins locaux spécifiques et aux ressources répertoriées localement.

Annuellement, une transposition au terrain local du programme quinquennal et du plan communautaire devrait être réalisée par les responsables des

CLPS. Ce "plan d'action local pour l'année à venir" devrait pouvoir être discuté dans le cadre d'un comité d'accompagnement.

Une fois ce plan avalisé au sein d'un comité d'accompagnement constitué de représentants de l'Administration, du Cabinet et du CSPS, en tenant compte à la fois des besoins exprimés sur le terrain, des options stratégiques et méthodologiques et de la nécessité de visibilité du secteur, il serait essentiel que la planification arrêtée soit respectée au mieux. Si on veut assurer un travail de qualité, on doit pouvoir tenir les engagements pris envers les relais du terrain et ce, dans les délais prévus.

Compléter et dynamiser un réseau local

A côté de projets que nous nous proposons de développer annuellement (voir point suivant), un fonctionnement de base sera mis en place au sein du CLPS.

Il permet de poursuivre plusieurs objectifs généraux:

- identification des relais existants;
- identification des besoins de ces relais;
- cartographie par rapport aux différentes zones et publics;
- identification de nouveaux relais;
- identification des besoins de ces nouveaux relais;
- identification des besoins découlant de la décentralisation du programme communautaire;
- la mise en relation des relais identifiés.

Un premier aspect de ce fonctionnement de base s'articulera dans le sens de stratégies actives du CLPS vers le terrain et un second aspect (stratégie "de réponse") consistera à continuer à répondre aux demandes qui nous arrivent de manière spontanée.

BONNIN F., MICHAUD C., FATRAS J.Y., et al., Santé et publics démunis en Europe, Comité français d'éducation pour la santé, Vanves, 1996, (Séminaires), 196p., san073

Naissances - Mortalité périnatale et infantile - Statistiques 1988 et 1989, CROSP - Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie, Bruxelles, 1996, 144p., san074

La santé. Usages et enjeux d'une définition, CVM, Marseille, Prévenir, n°30, 1996, 248p., 150FF, san075

AVALOSSE H., Santé et inégalité sociales, Mutualité Chrétienne, Bruxelles, M-Informations, n°25, 1996, 100p., san076

Ressources en santé. Répertoire d'organismes producteurs d'information sur la santé et ses déterminants, Centre français de documentation en santé publique ARAMIS, Vanves (F), 1996, 229p., 75FF, san077

SANTÉ MENTALE

DE CLERCQ M., VRANCKX A., NAVARRO F., PIETTE D., Enquête santé mentale des jeunes de l'enseignement secondaire en Région de Bruxelles Capitale, Plate Forme Concertation Santé Mentale pour Bruxelles Capitale / ULB ESP PROMES, Bruxelles, 1996, 25p., pam033

APFELDORFER G., Anorexie, boulimie, obésité, Paris, Ed. Flammarion, 1995, (Dominos; n°53), 126p., pam034

Le service de santé mentale. Un partenaire dans votre région. Vade-mecum à l'usage des intervenants médico-psycho-sociaux, Ligue wallonne pour la santé mentale, Namur, 1997, 62p., pam035

SECOURISME

Le Benjamin secouriste, Croix-Rouge de la Jeunesse, Bruxelles, 1996, 64p., acs009

SERVICE DE SANTÉ

SKRABANEK P., La fin de la médecine à visage humain, Paris, Ed. Odile Jacob, 1995, (Médecine), 236p., 120FF, ssa065

MINET F., LEURQUIN MM., et al., Culture et enfant à l'hôpital, Ministère Culture et Affaires sociales D.A. Jeunesse et Education Permanente, Bruxelles Les Cahiers DAJEP, n°27, 09/96, 95p., 150FF, ssa066

Guide de l'enfant hospitalisé, CHOW (Children Hope of the World), Bruxelles, 1996, 160p., ssa067

SIDA

DEUTSCH X., Pas de soleil en Alaska, Bruxelles, Ed. Labor, 1996, (Espace Nord Junior; n°7), 144p., 249FB, psi033

SOMMEIL

ADANT G., Bien dormir, Question Santé, Bruxelles, 1996, (Les Guides de QS), 70p., 200FB, smr032

TABAGISME

Tabac, guide d'actions jeunes, Comité français d'éducation pour la santé, Vanves, 1995, 139p., ast063

Fumeur ou non fumeur: 100 questions sur le tabagisme, Association contre le Cancer, Bruxelles, 1996, 128p., ast064

KY T., GUILBERT J.-M., DIDOU M., L'art de fumer sans en mourir. Du bon usage du tabac, Bruxelles, Ed. de l'Aube, 1996, (Monde en cours), 188p., 120FF, ast065

TROISIEME AGE

La promotion de la santé pour les personnes âgées, Eurolink Age, Londres, 1996, 40p., vit043

Matériel

ACCIDENT DOMESTIQUE

'D'abord de l'eau, pour sauver ma peau', Mutualité Chrétienne, Bruxelles, 1996, dépliant, acd058

'D'abord de l'eau, pour sauver ma peau', Mutualité Chrétienne, Bruxelles, 1996, brochure, acd059

'D'abord de l'eau, pour sauver ma peau', Mutualité Chrétienne, Bruxelles, 1996, brochure, acd060

'D'abord de l'eau, pour sauver ma peau', Mutualité Chrétienne, Bruxelles, 1996, affichette, acd061

Le guide de la maison. Intoxications, Centre Antipoisons, Bruxelles, 1996, brochure, 12p., acd062

Le guide de la maison. Prévenir l'intoxication au CO, Centre Antipoisons, Bruxelles, 1996, brochure, 20p., acd063

ALIMENT

La pomme... un trésor pour la santé, ORPAH, Jambes, 1996, dépliant, ala026

Une pomme chaque jour, en forme tous les jours, ORPAH, Jambes, 1996, affiche, ala027

Le lait... un trésor pour la santé, ORPAH, Jambes, 1996, dépliant, ala028

Le lait... c'est bon pour les os!, ORPAH, Jambes, 1996, affiche, ala029

ALIMENTATION

Manger sain au quotidien, Ligue Cardiologique belge, Bruxelles, 1996, brochure, ali070

50 questions du consommateur, CRIOC / Institut d'Expertise Vétérinaire, Bruxelles, brochure, 64p., ali071

Des os solides... OKI, Nutrition Information Center, Bruxelles, 1996, dossier pédagogique, 64p., ali072

7 de table, ASBL 7 Santé, Bruxelles, 1996, jeu, ali073

Le petit déjeuner... un trésor pour la santé, ORPAH, Jambes, 1996, dépliant, ali074

Un bon petit déjeuner... un bon départ, ORPAH, Jambes, 1996, affiche, ali075

CANCER

Outils de promotion de la santé et de prévention des cancers, Observatoire de santé en Hainaut / Educa Santé, 1996, pca048

CONCEPTION/GROSSESSE

L'amniocentèse, cette inconnue..., Centre d'Education du Patient, Godinne, 1996, fiche, vic014

DIABETE

Alimentation et diabète. Une nouvelle approche, Centre de documentation et d'information de la Raffinerie Tirlemontoise, 1996, brochure, pdb006

ENFANT

BERTHET C., MORTIAUX A., DELIENS C., Les 5 sens, dans tous les sens, ZEP / Mission locale jeunes St-Gilles, Bruxelles, 1996, brochure, 23p., vie028

HYGIENE CORPORELLE

La santé... à bonne école. Dossier: l'hygiène corporelle, Question santé, Bruxelles, 1997, brochure, 12p., hyc017

MALADIE

L'incontinence urinaire: pas de panique, Mutualités Libres, Bruxelles, 1997, dépliant, pat056

Les hépatites A, B, C, D... Réponses à vos questions, Cliniques universitaires St Luc Service Gastro-entérologie, Bruxelles, 1996, brochure, pat057

MALADIE CARDIO-VASCULAIRE

La sédentarité... un risque à ne pas courir, Fondation pour la Chirurgie cardiaque, Bruxelles, 1996, (Votre coeur approuvé; n°3), brochure, 15p., pco034

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

Le centre est ouvert pendant les heures de bureau, du lundi au vendredi, uniquement sur rendez-vous pris auprès de Maryse Van Audenhaege ou Franca Tartamella, au 02/237.48.53.

Précédente publication de cette rubrique: n° 112, novembre 1996.

Livres

ACCIDENT

JANVRIN M-P, BAUDIER F., et al., Prévention des traumatismes et des accidents. Approche des pays francophones, OMS / Comité français d'éducation pour la santé, Paris, 1996, (Séminaires), 231p., 95FF, acc009

Sécurité et hygiène à l'école, FAPEO, Bruxelles, 1995, 30p., acc010

ACCIDENT DOMESTIQUE

'D'abord de l'eau, pour sauver ma peau'. Programme de prévention des brûlures chez les enfants. Dossier pédagogique, Mutualité Chrétienne / ABB, Bruxelles, 1996, acd029

FRANCK E., VERPLANCKE K. (ill.), MEIRLAEN D. (trad.), BOURGUIGNON L. (trad.), Le masque de verre, Hasselt, Ed. Clavis, 1992, 32p., acd030

ADOLESCENT

L'alimentation et les jeunes, Nutrition Information Center, Bruxelles, Nutri-news, n°2, 11/96, 20p., vij032

Jeunes, musique et qualité de vie, MJT Espace jeunes / Fondation Environnement Santé Consommation, Bruxelles, 1996, 65p., vij033

CHABY L., L'adolescente et son corps, Paris, Ed. Flammarion, 1997, (Dominos; n°124), 127p., vij034

Mener un programme en santé des jeunes. Guide de conduite à l'échelle départementale ou locale, Ministère Travail et Affaires Sociales D.G.Santé / Fondation de France / GRES Médiation Santé, Paris, 1996, 71p., vij035

ALIMENTATION

MORREN S., MOHR P., Gibier et volaille, Ligue cardiologique belge, Bruxelles, Ed. Chantecler, 1996, 124p., 695FB, ali079

CANCER

FILEE D., HALBARDIER V., RIFFON A., ANDRIEN M., Prévention du cancer et pauvreté, CERES ULg / Europe

contre le cancer, Liège, 1996, 114p., pca038

DIABETE

Tout savoir sur le diabète, Bruxelles, Ed. Soumillon, 1996, 77p., 149FB, pdb008

EDUCATION POUR LA SANTE

TARDY L., Pour une approche éthique de la prévention du sida. Evaluation de la formation par les pairs, Mutualité française, Paris, 1996, 165p., eps077

Répertoire des outils d'éducation permanente pour la santé, Question Santé, Bruxelles, 1996, 277p., eps078

HOUIOUX G., PIETTE D., Construire la santé à l'école: données utiles aux interventions, ULB PROMES, Bruxelles, 1996, Santé Pluriel, n°17, 28p., 200FB, eps079

SANDRIN BERTHON B., Apprendre la santé à l'école, Paris, Ed. ESF, 1997, (Pratiques et enjeux pédagogiques; n°10), 127p., 98FF, eps080

Fenêtres ouvertes sur l'école en santé. Actes de la Journée Ciney 8 juin 1996, Croix-Rouge de Belgique Service Education pour la Santé, Bruxelles, 1997, 63p., eps081

BAUDIER F., BONNIN F., MICHAUD C., et al., Approche par les pairs et santé des adolescents. Séminaire international francophone, Comité français d'éducation pour la santé / Fondation de France, Vanves, 1996, (Séminaire), 221p., 95FF, eps082

LECHIEN X., VANDORNE C., L'analyse de documents audiovisuels en promotion de la santé, APES, Liège, 1996, (Méthodes au service de l'éducation pour la santé; n°10), 18p., eps083

EDUCATION SEXUELLE & AFFECTIVE

MOREN Y. et al., L'éducation sexuelle. Les malheurs de Dame Hersent, L'Enfant pour l'enfant / Edicef, Vanves (F), 1996, 47p., 13FF, sex013

ENFANT

BURNIAT W., CALLENS A., VAN AELST C., VERSTRAETE A., L'enfant et l'obésité, Bruxelles, 1996, 106p., vie049

MARTIN P., MEYER J., L'abus sexuel de l'enfant au sein de la famille, ULB PROMES, Bruxelles, 1996, Santé Pluriel, n°18, 34p., 250FB, vie050

FORMATION

PAGE C., Eduquer par le jeu dramatique, Paris, Ed. ESF, 1997, (Pratiques et enjeux pédagogiques; n°7), 128p., 98FF, for046

L'éducation à l'audiovisuel et aux médias. Dossier de synthèse, Conseil de l'éducation aux médias / Fondation Roi Baudouin, Bruxelles, 1996, 152p., for047

HYGIENE BUCCO-DENTAIRE

MOREN Y., et al., Les dents. Sonko-lièvre arracheur de dents, L'Enfant pour l'enfant / Edicef, Vanves (F), 47p., 13FF, hyb015

IMMIGRATION

ES SAFI L., Malades ici, venus d'ailleurs, Résonances, Liège, 1996, 48p., 150FB, imm011

MALADIE

SACKS O., Migraine. Diagnostic, causes, traitements, Paris, Seuil, 1996, 439p., 130FF, pat066

SCHWOB L., La douleur, Paris, Ed. Flammarion, 1994, (Dominos; n°39), 126p., pat067

DEVROEY D., VAN CASTEREN V., VRANCKX R., Evolution de l'incidence d'hépatite virale aigüe clinique en médecine générale en Belgique. Résultats 1991-1992, Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie Réseau des Médecins Vigies, Bruxelles, 1997, 36p., pat068

MALADIE INFECTIEUSE

PERRIN L.F., Le système immunitaire, Paris, Ed. Flammarion, 1997, (Dominos; n°127), 127p., pin009

MEDECINE PREVENTIVE

LA ROSA E., Le dépistage chez l'adulte, Paris, P.U.F., 1996, (Que sais-je?; n°3154), 127p., pre006

MEDICAMENT

LEMOINE L., Le mystère du placebo, Paris, Ed. Odile Jacob, 1996, 238p., 140FF, med080

MUTUALITE

Sécurité, insécurité sociale, CVM, Marseille, Prévenir, n°29, 1995, 175p., 130FF, mut023

POLITIQUE DE SANTE

FONTAINE P., DELVILLE J., DIJON X., et al., La connaissance des pauvres, Groupe Interuniversitaire Recherche et Pauvreté, Louvain la Neuve, Academia Bruylant / Travailler le social, 1996, 528p., 980FB, pol051

SANTE

BERTOLOTTO F., JOUBERT M., ARENE M., et al., Ville et santé, Comité français d'éducation pour la santé, Vanves, 1996, (La Santé en action), 269p., 95FF, san072

Stratégie active

Cet axe de travail consiste à tenir informés les différents relais du terrain, que nous savons intéressés par une thématique et/ou un public donné, de toute l'actualité qui peut les intéresser ainsi que de toute information générale les concernant:

- nouvelles acquisitions du CLPS (documents, outils,...);
- campagne ou outil lancé au niveau communautaire, national ou international;
- formations, colloques, mise en place de groupes de travail,...

Nous leur proposons également de participer à:

- des séances de formation à l'utilisation de nouveaux outils (formation animées conjointement par les producteurs du matériel et par le responsable du public visé au sein du CLPS);
- des formations à l'application sur le terrain de méthodologies et stratégies adaptées (formations animées conjointement par les responsables des SCPS et les responsables des CLPS);
- des groupes de travail et/ou de réflexion rassemblant des acteurs intéressés par les mêmes types de publics et de démarches.

Le lancement de toute la dynamique qui sous-tend cette "stratégie active" constituera un projet en soi pour l'année 1997/1998.

Ce projet consistera en la réalisation des objectifs suivants:

- mettre à jour une base de donnée exhaustive des différents relais de l'arrondissement (enseignants, travailleurs sociaux, travailleurs médico-sociaux, associations actives sur le terrain, relais de la petite enfance, administrations communales, CPAS, entreprises, clubs de sport, hôpitaux, mutualités,...);
- envoyer un courrier à ces relais en leur expliquant le type de services que nous (et plus globalement le secteur) leur proposons et en leur demandant de se prononcer quant à l'intérêt qu'ils marquent pour les diverses thématiques et/ou publics abordés par le secteur;
- pour les thématiques et/ou publics pour lesquelles ils auront marqué un intérêt, tenir les relais informés des documents et outils dont nous disposons;
- pour ces mêmes thématiques et/ou publics, lors de la parution de nou-

veaux documents méthodologiques (coffrets, outils didactiques, campagnes communautaires,...), inviter les relais à des présentations locales des outils ou actions;

- proposer à tous nos collaborateurs de terrain de devenir membres du centre de documentation du CLPS.

Stratégie de réponse

Cet axe de travail consiste à continuer à répondre aux demandes spontanées qui nous parviennent.

Soutien documentaire et méthodologique restent la base de ce service offert aux relais de terrain.

En conclusion, ces deux stratégies (actives et de réponse) permettent également d'avoir une représentation actualisée des besoins et des demandes du terrain. Elles contribuent à la récolte des données (autres qu'épidémiologiques) qui servent de base pour les programmations locales.

Projets 1997/1998

Cette partie de l'article a été rédigée sur base de la situation propre à l'arrondissement de Huy-Waremme.

Projet de formation pour les enseignants du fondamental

En collaboration avec les centres de formation des trois pouvoirs organisateurs de l'enseignement fondamental (UVCB/FOCEF/CAF), faire agréer des journées de formation afin que les enseignants puissent y participer dans le cadre de leurs "10 journées" annuelles ou dans le cadre de journées pédagogiques organisées notamment par les inspections.

L'éducation et la promotion de la santé dans l'enseignement fondamental y seraient abordées en deux phases.

Un des objectifs de ces journées de formation est bien entendu la sensibilisation du public enseignant aux approches en éducation et promotion de la santé qu'il peut développer dans le contexte scolaire. Dans le cadre de cette formation les responsables du CLPS veilleront à bien préciser les offres de soutien individuel qu'ils proposent tout au long de l'année aux écoles. Un autre objectif tout aussi important est la mise en place d'une concertation locale "officialisée" entre les deux secteurs (enseignement - promotion de la santé).

Ce projet contribuera donc à l'enrichissement du réseau de relais locaux (utile à la collaboration sur des projets et à la circulation de l'information.

Une concertation entre le secteur "éducation promotion santé", les services de formation des trois pouvoirs organisateurs et les différents corps d'inspection semble, étant donné le contexte de restructuration (nouveaux décrets) des activités dans ces deux secteurs, particulièrement pertinente à mettre en place.

D'une manière plus générale, il nous semble tout à fait opportun que, dans le cadre de la réorganisation des missions des deux secteurs, puisse se mettre en place une plate-forme de concertation où on pourrait travailler à formaliser des modalités de collaboration "officialisées" au niveau de toute la Communauté française. Une telle plate-forme pourrait, par exemple, échanger autour des contenus et modalités de mise en place des socles de compétence permettant d'apprendre et de vivre la santé à l'école.

Les bases de ce projet de formation sont conçues collégialement par les CLC de la province de Liège. La mise en application sur le terrain de l'arrondissement Huy-Waremme se fera à l'initiative et en collaboration avec la section locale de Huy de la Croix-Rouge de Belgique et avec le soutien des CLC de Liège et de Verviers et tiendra lieu de "projet pilote".

Par la suite ce projet sera développé sur les terrains des arrondissements de Liège et de Verviers avec d'autres partenariats.

Projet "groupe santé/éducation par les pairs" dans l'enseignement secondaire

Mise en place, dans les écoles secondaires des arrondissements de Huy et de Waremme, d'un groupe santé géré par les élèves, en collaboration avec les membres de la communauté éducative et avec le soutien méthodologique et didactique de l'Agence locale de prévention du sida et de la CLC.

Ce projet est réalisé en collaboration et avec le soutien des Kiwanis Club de Huy et de Hannut.

Toxicomanie, sida, tabagisme, mauvaises habitudes alimentaires,... sont autant de problèmes qui préoccupent la communauté éducative et les parents.

Pour sensibiliser les jeunes, nombre de campagnes d'information sont déjà organisées.

Celles-ci, nécessaires, ne sont pas toujours suffisantes pour induire chez le jeune un comportement positif durable par rapport à la problématique "santé".

De plus, cette pléthore d'informations a tendance à induire chez les jeunes une réaction de rejet, lié à une certaine saturation.

Conscients de ce problème, nous voudrions y apporter une réponse en accordant au jeune non plus un rôle passif de réception d'informations, mais au contraire un rôle d'acteur de sa propre santé.

Dans chacune des écoles secondaires que comptent les arrondissements de Huy et de Waremme un groupe santé, géré par les élèves, serait mis en place et impliquerait un partenariat entre les différents membres de la communauté éducative (direction, enseignants, éducateurs, centres I.M.S., P.M.S., élèves, association de parents).

Lors de manifestations organisées dans et autour de l'école, ce groupe santé constituerait un relais-acteur privilégié entre les campagnes et les thématiques de promotion de la santé et la communauté éducative toute entière.

Projet de mise en place d'actions de prévention dans les entreprises

Proposer aux entreprises de l'arrondissement qui disposent d'un Comité prévention et protection sur le lieu de travail (anciennement Comité de sécurité, d'hygiène et d'embellissement des lieux de travail) de les soutenir dans la mise en place de campagnes de prévention mensuelles ou bimestrielles.

Lors d'une séance d'information rassemblant les entreprises de la région, les responsables du CLPS et des entreprises avec lesquelles ils collaborent déjà, présenteront les types de projets qu'on peut envisager. On évitera de solliciter, dès le départ, un investissement pouvant rapidement être perçu comme trop lourd aux responsables des Comités PPT. Nous ferons essentiellement état des services documentaires (dépliants, affiches, matériel didactique, livres,...) que le CLPS peut rendre. Nous mettrons également en évidence les échos positifs récoltés auprès des travailleurs des entreprises déjà impliquées.

Projet d'installation sur l'internet

Cela peut permettre d'apporter un soutien aux relais de terrain dans leurs recherches d'informations valides en promotion de la santé: présentation de la structure locale et des projets qui lui sont spécifiques, sélection et orientation vers des sites intéressants, réponses par E-mail aux demandes d'information.

Projet d'amélioration de l'accessibilité de la structure et du CLPS auprès du grand public

Chacun des services de la structure mise en place en Communauté française de Belgique doit être clairement identifié comme faisant partie d'un ensemble.

Pour ce faire, différentes pistes peuvent être envisagées:

- on pourrait rassembler les différents acteurs et leurs différents projets sous une même image de façon à assurer une meilleure visibilité du secteur aux yeux de la population. (Un logo pourrait se retrouver sur divers supports tels qu'un papier à lettre, stand de présentation, brochure de présentation de la structure, documents relatifs aux diverses campagnes locales et communautaires,...)
- on peut prévoir l'envoi régulier d'un courrier signé par la Ministre Présidente rappelant aux relais de terrain les services de proximité que la structure de promotion de la santé met à leur disposition et plus particulièrement les CLPS;
- on peut envisager la participation des services à une ou deux manifestations communautaires ou régionales (exemple, les Francofolies pour la province de Liège);
- on peut impliquer les CLPS dans une ou deux "foires" locales ou régionales (salon de l'enseignement, foire de Coronmeuse...);
- on peut prévoir de développer systématiquement une action de visibilité vers le grand public dans le cadre des principales journées de l'OMS: un partenariat avec le réseau francophone des Villes Santé sera à promouvoir.

En outre, il serait utile de prévoir systématiquement que toute information vers les relais émanant d'un des autres organismes de la structure fasse "référence" ou rappelle qu'un C.L.P.S. est à la disposition des "dits relais" dans leur région!

Moyens nécessaires

Afin de pouvoir mettre en place un travail d'équipe efficient, minimisant la perte d'information, offrant à chacun la possibilité d'accéder à l'information recueillie par tous, permettant une présentation harmonisée de cette information, nous nous proposons d'étendre la saisie de donnée informatisée appliquée depuis deux ans à la CLC à toute l'équipe du futur CLPS.

Se basant sur la concertation établie entre CLC puis entre services agréés dans le cadre de "l'assurance de qualité", les CLC de Huy et de Liège ont mis en place, testé et évalué depuis deux ans la saisie informatisée de la "fiche de gestion des demandes". Les résultats tout à fait encourageants en termes de rapidité d'exécution, d'accessibilité à l'information, de souplesse et de puissance de présentation de cette information nous incitent à proposer l'extension de cette modalité de travail à toute la future équipe du CLPS.

Au delà de l'encodage et la gestion de la "fiche de gestion des demandes", ce progiciel permet également de gérer la base de données d'adresses et les sorties d'étiquettes, d'effectuer les prises de notes lors de réunions ou groupes de travail, de gérer les prêts de documents et les appels, de permettre la globalisation des données de travail au travers de graphiques.

A côté des moyens techniques, informatiques et logistiques, les ressources humaines sont un élément fondamental de la réussite du projet de passage d'une éducation pour la santé au champ d'action limité à une promotion de la santé globale et intersectorielle. Le regroupement de plusieurs compétences au sein du CLPS devrait favoriser cette démarche.

Sur un plan plus formel, l'asbl Service Education pour la Santé, qui exécute pour l'instant les missions de la CLC de Huy-Waremme par mandat de la Province de Liège et de la FARES, devrait opérer certains changements statutaires, et s'ouvrir notamment à une série d'institutions locales incontournables pour réussir au mieux cette importante mutation.

N'hésitez pas à faire part de vos remarques et suggestions à Benoît Dadoumont, Commission Locale de Coordination Huy-Waremme, chée de Waremme 139, 4500 Huy. Tél.: 085/21.25.76. ■

Une "journée santé" dans une communauté éducative de Neufchâteau

Un peu d'histoire

En 1992, s'associant à un élan de solidarité en faveur d'un enfant de la région de Neufchâteau, atteint de leucémie, notre école avait organisé une journée alliant récolte d'argent et informations basées principalement sur les cancers chez les jeunes.

Au début de l'année scolaire 1996-1997, fort du succès de cette première expérience, Monsieur Mahillon, Directeur, relance l'idée d'une journée santé. Le projet est pris en charge et développé par une équipe composée principalement de professeurs d'éducation physique. Il faut rappeler que, dans l'enseignement libre catholique, l'éducation pour la santé constitue l'un des axes du cours d'éducation physique, comprenant en outre l'éducation à la sécurité, à l'expression et l'initiation sportive.

Le "cahier des charges"

Il comporte quatre aspects:

- diversifier les informations-santé afin qu'elles collent au mieux aux centres d'intérêt des élèves;
- travailler en groupes restreints afin de permettre une interaction entre les intervenants et les participants, et éviter le style "conférence";
- permettre en parallèle une pratique sportive axée sur la découverte d'activités inédites dans notre école;
- faire un geste de solidarité envers des jeunes n'ayant pas les mêmes chances.

Le projet démarre

Quelques semaines de réflexion et plusieurs heures de réunion furent nécessaires pour fixer les objectifs propres à chaque degré, pour essayer de déceler les grandes lignes d'intérêt des élèves, et pour trouver les intervenants adéquats à notre projet. Nous pouvons au passage remercier la CLC du Luxembourg pour l'aide précieuse qu'elle nous a apportée dans ce gros travail de préparation.

Au premier degré, pour les élèves de 12/13 ans, nous avons retenu trois thèmes: l'alimentation, illustrée par un petit déjeuner pris en commun avec les

220 élèves du degré; les gestes qui sauvent en cas d'incendie et d'accident; la prévention du tabagisme.

Pour le deuxième degré (des jeunes de 14 à 16 ans): pour tous, informations sur les drogues, car désormais le problème ne peut plus être éludé, et, au choix, la lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme ou le sida.

Pour le troisième degré (étudiants de 16 à 18 ans): un thème "obligatoire", la prévention routière, puis, au choix, le don d'organes, les relations entre sport et santé, la santé mentale ou le vécu quotidien dans un service d'urgence SAMU.

Parallèlement à ces informations et pour que cette journée ne soit pas trop "indigeste", les élèves ont pu découvrir des sports inhabituels dans notre école: la danse africaine, l'escalade, le jiu-jitsu et le tir à l'arc.

Le geste de solidarité était un pilier également important de notre projet. Une activité sportive - un relais vélo et course à pied - fut conçue pour que les élèves puissent se faire parrainer. Cette action permet de récolter une somme de 290.000 francs, qui fut distribuée à plusieurs groupements ou ASBL choisis en concertation avec le conseil d'élèves, géographiquement proches, et s'occupant de problèmes de santé chez les jeunes.

Au bout de la journée

Il n'entre pas dans notre propos de détailler les informations données, mais plutôt de nous interroger sur les conséquences et les suites possibles.

Une semaine après cette journée, nous avons organisé une évaluation avec les élèves, d'où sont ressorties les remarques suivantes:

- les messages "forts" marquent les élèves: en tout premier, l'intervention de l'I.B.S.R. (Institut Belge de Sécurité Routière), qui présente un film très direct sur les conséquences physiques de certains accidents. A voir absolument par tout jeune qui passe son permis de conduire;
- l'importance du vécu des personnes invitées: entendre parler de la drogue leur paraît banal, mais rencontrer un

ancien drogué, qui leur explique son parcours personnel, ses difficultés quotidiennes... les accroche beaucoup plus. Les rencontres avec d'anciens malades alcooliques, un greffé du cœur, ont eu le même succès;

- dans les informations concernant le tabagisme, si les fumeurs ne semblent guère touchés, par contre les non-fumeurs sortent plus découragés que jamais à ne pas commencer;
- certains thèmes paraissent plus complexes à aborder avec les jeunes: la santé mentale en fut un qui nécessitera sans doute, si nous voulons approfondir le sujet, une réflexion particulière;
- cette journée a été perçue comme très positive par une très grande majorité des élèves.

En conclusion, l'école n'est pas un milieu clos, poursuivant le seul objectif de faire ingurgiter à ses élèves des connaissances dans les domaines habituels tels que la mathématique, le français, les sciences...

Elle vise aussi à ouvrir l'esprit de ses élèves et peut poursuivre le but de faire prendre conscience à certains qu'ils gèrent parfois dangereusement un bien unique: leur capital-santé.

Parler prévention santé à des adolescents peut paraître une gageure, tant les jeunes de cet âge semblent s'en soucier très peu, puisque rares sont ceux qui connaissent déjà ce genre de problème.

Toutefois, il est possible de les faire réfléchir sur certains aspects en choisissant des intervenants susceptibles d'avoir avec eux un langage clair et si possible, qui parlent d'expérience.

Il est tout aussi évident qu'une journée "parachutée" dans une scolarité de six ans ne suffit pas, mais qu'il nous faudra revenir régulièrement sur ces sujets, et sans doute ouvrir vers d'autres thèmes importants. D'où la naissance de nouveaux projets...

Michel Demazy, professeur d'éducation physique, coordonnateur du projet.

Rubrique réalisée avec la collaboration de la Commission locale de coordination du Luxembourg. ■

Les petits déjeuners de Braine-le-Château

Vous l'avez déjà sûrement constaté: certains enfants ne déjeunent pas ou déjeunent mal. De nombreuses enquêtes confirment ces déséquilibres alimentaires qualitatifs et quantitatifs. Partant de ce constat, les relais de santé de Braine-le-Château, une petite commune de 8500 habitants de l'Ouest du Brabant wallon, ont voulu développer un projet d'éducation pour la santé.

Pendant le mois de mars, ils ont organisé dans les écoles maternelles et primaires de l'entité une campagne de sensibilisation à l'importance de la consommation d'un petit déjeuner équilibré. Le projet a mobilisé les acteurs et associations actives au niveau socio-sanitaire.

Nous avons rencontré trois membres de l'équipe organisatrice: Christine Devreux, travailleuse médico-sociale à l'O.N.E. (Office de la Naissance et de l'Enfance) et coordinatrice du projet, Angela Popolo, diététicienne à l'I.O.S.B.W. (Intercommunale des Oeuvres Sociales du Brabant wallon) et Anne Geraets, infirmière sociale à l'A.S.B.L. Soins Coordonnés à Domicile.

Education Santé: Comment le projet est-il né?

Christine Devreux: Le projet est né il y a 7 ans. L'A.S.B.L. Soins Coordonnés à Domicile, qui fait des campagnes d'éducation pour la santé, a émis l'idée de faire des animations dans les écoles et a contacté différents partenaires potentiels. L'O.N.E a répondu à la demande et depuis lors, nous travaillons en collaboration sur différents thèmes éducatifs. Etant donné les constats d'enquêtes, il nous est apparu important de s'intéresser aux petits déjeuners.

E.S.: Qui a participé au projet?

Anne Geraets: L'A.S.B.L. Soins Coordonnés à Domicile, l'O.N.E, les I.M.S., l'I.O.S.B.W, les directions d'écoles, les enseignants, les associations de parents en partenariat avec l'administration communale.

E.S.: Concrètement, que s'est-il passé?

C.D.: J'ai contacté les intervenants sociaux de l'entité. Nous avons eu une première réunion où nous avons mis les partenaires autour d'une table pour expliquer les objectifs et la façon dont nous allions travailler. Dans une seconde étape, nous avons été dans les écoles pour rencontrer les enseignants pour voir s'ils étaient intéressés et s'ils s'inscrivaient dans le projet.

Angela Popolo: La rencontre de chaque enseignant concerné a permis d'adapter l'animation aux élèves: chaque classe a sa spécificité. Nous avons réalisé une troisième réunion pour organiser la mise en place des petits déjeuners le week-end. L'association de parents d'une école a pris en charge la diffusion d'un dossier pédagogique pour chaque enfant.

C.D.: Nous avons contacté différents sponsors pour avoir des échantillons d'aliments. Dans les troisièmes maternelles et premières primaires, un petit déjeuner équilibré a été réalisé en classe et nous avons mis à disposition de l'enseignant du matériel pédagogique.

A.P.: Dans les classes primaires, il y a eu deux séances d'animation. Dans la première séance, nous avons expliqué pourquoi il est important de déjeuner, ce qu'est l'équilibre alimentaire et les aliments à consommer. La deuxième séance était axée sur la réalisation du disque alimentaire, de bandes dessinées, de sets alimentaires qui allaient être exploités et commentés lors des petits déjeuners proposés aux parents.

E.S.: Pourquoi avez-vous organisé des petits déjeuners le week-end?

A.P.: Pour sensibiliser les parents. Ce sont souvent eux qui préparent les petits déjeuners. Il faut les sensibiliser pour qu'ils comprennent l'importance du petit déjeuner: c'est le repas le plus important de la journée; c'est un moment de plaisir, on se retrouve autour d'une table.

L'objectif consiste à amener les parents à réfléchir sur leurs propres habitudes alimentaires, pour les améliorer

éventuellement et en tout cas pour proposer quelque chose de différent aux enfants. C'est également important que les parents soutiennent la campagne et les activités de leurs enfants.

E.S.: Et que s'est-il passé le week-end?

A.G.: La participation a été différente selon les écoles. Dans le cas d'une école, une classe a tout organisé et tout pris en charge. Par exemple, les élèves ont décoré et affiché les supports réalisés en animations: des affiches sur l'équilibre alimentaire. Dans certains cas, l'association de parents a tout pris en charge; dans d'autres, cela a été partagé avec les enseignants. A certains endroits, les enfants ont tout préparé, de l'invitation jusqu'à la réalisation de sets de tables sur les petits déjeuners.

Les enfants ont expliqué pourquoi il est important de bien déjeuner à partir de panneaux réalisés en classe. Ils ont fait une bande dessinée qui raconte un petit déjeuner idéal en famille.

E.S.: Quelles conclusions tirez-vous de l'expérience?

A.G.: C'est une réussite: toutes les écoles de l'entité ont participé et les animations du week-end ont réuni 500 personnes. Les parents sont satisfaits et demandeurs d'une réédition. Il y a eu une bonne collaboration entre les différents intervenants.

Au niveau statistique, nous avons constaté que les enfants ne déjeunent pas toujours. Si en maternelle la majorité des enfants déjeune, en primaire, ce n'est pas toujours le cas. Nous voulons faire une évaluation plus poussée mais nous manquons de temps et de moyens.

Par rapport à il y a six ans, il semble qu'il y a une nette amélioration, même si la participation a été très différente selon les écoles. Nous avons voulu partir d'une demande, mais elle est parfois difficile à susciter. Pour nous, l'éducation pour la santé alimentaire ne devrait pas faire l'objet d'une campagne isolée, mais du programme scolaire général. ■

La promotion de la santé à l'hôpital: comment développer un processus d'empowerment avec les familles d'enfants hospitalisés?

Introduction

L'hospitalisation a pour fonction première d'assurer une prise en charge thérapeutique des patients qui y recourent. Examens multiples, diagnostic, interventions, prescriptions de traitement et évaluations constituent la majeure partie des actes qui sont posés durant l'hospitalisation.

Depuis quelques années, l'hospitalisation des enfants est reconnue comme situation spécifique parmi l'ensemble des hospitalisations. Cette réalité n'est pas négligeable puisqu'elle concerne plus de 200.000 enfants par année en Belgique¹. Autrement dit, un enfant sur deux de moins de quinze ans est un jour confronté à l'expérience de l'hospitalisation. Si pour la majorité d'entre eux, la durée du séjour est relativement limitée, elle n'en reste pas moins une aventure génératrice de stress et d'angoisse aussi bien pour les enfants que pour leurs parents.

Ce caractère anxiogène et ses conséquences sont bien illustrés dans la littérature et sont aujourd'hui reconnus par la majorité des professionnels et des gestionnaires des institutions hospitalières. Les nombreuses initiatives développées ces dernières années pour offrir un séjour plus agréable à l'enfant témoignent de cette prise de conscience². C'est ainsi que l'hôpital pédiatrique s'est progressivement ouvert à de nouveaux secteurs d'activités: celui de la scolarité, celui de l'animation, celui de la créativité.

Chaque structure hospitalière pédiatrique en Communauté française de Belgique³ offre ainsi au moins une activité spécifique supplémentaire à l'enfant hospitalisé, allant de l'école à l'hôpital aux ateliers de créativité, en passant par l'animation par les clowns, les conteuses, les musiciens, les animations cuisines,...

La diversité de ces activités est importante et la fonction prioritaire qu'elles

cherchent à remplir est d'abord d'offrir une occasion de divertissement pour l'enfant confronté au monde relativement agressant qu'est l'hôpital. Le caractère occupationnel et distrayant de ces activités justifie à lui seul leur existence et participe ainsi au développement et au renforcement de l'humanisation des services de pédiatrie.

Ces activités, sans remettre en cause leur nécessité, sont-elles cependant suffisantes pour offrir à l'enfant hospitalisé et à sa famille, les conditions d'une prise en charge optimale lors de l'accueil et du séjour de l'enfant? Qu'en pensent les personnes les plus directement impliquées? Comment peut-on optimiser cette prise en charge dans une perspective de promotion de la santé, c'est-à-dire de responsabilisation et de maîtrise par les acteurs concernés?

Le présent article tente de mettre en évidence les questions qui subsistent dans le cadre de la prise en charge des enfants hospitalisés. La méthodologie utilisée est celle de la recherche-action participative. Pour ce faire, l'ensemble des acteurs concernés par l'hospitalisation d'un enfant ont été interrogés sur leurs perceptions des difficultés rencontrées lors de cette expérience obligée. L'analyse des résultats a permis de définir et mettre en place une stratégie de prise en charge intégrée, dans une perspective de promotion globale de la santé de l'enfant souffrant.

Analyse de l'évolution d'un contexte

Les structures spécifiques pour les enfants hospitalisés existent depuis un siècle environ. Auparavant, les enfants étaient hospitalisés dans des services qui prenaient en charge les adultes et les plus jeunes de manière indifférenciée⁴. Les premières structures spécifiques de prise en charge des enfants malades remontent donc au siècle dernier. Au départ, ces structures servaient de refuges aux enfants

de familles socialement défavorisées et la mortalité y était importante⁵. Les conditions d'hygiène liées à la promiscuité, au surencombrement, aux limites de la médecine à agir sur les infections étaient responsables de ce taux élevé de mortalité.

Ce n'est qu'à la suite des travaux de Pasteur que l'Hôpital connaîtra une réelle révolution. La nécessité d'offrir un isolement à l'enfant contagieux, de stériliser les ustensiles utilisés, de porter la blouse et les gants pour les soignants traduisent cette préoccupation nouvelle de protection des enfants malades. Les implications sur la conception architecturale des services hospitaliers témoignent de cette révolution. La construction d'unités spécialisées par pathologies et la conception de boxes d'isolement pour les patients contagieux remontent à cette période. La logique de protection du malade contre la contagion microbienne deviendra alors déterminante pour concevoir la prise en charge des enfants hospitalisés⁶.

Parallèlement à cette logique d'asepsie, des travaux issus des théories psychologiques ont été adaptés à la situation de l'enfant hospitalisé. Ainsi les recherches menées par Bowlby⁷ sur la séparation mère-enfant et celles entreprises par Robertson⁸ ont permis de mettre en évidence les aspects psychologiques de l'hospitalisation des enfants. L'expérience de l'hospitalisation renforce les ruptures générées par la maladie⁹ et en génère de nouvelles¹⁰ dont l'intensité varie en fonction de la représentation que l'enfant se fait de la maladie et de l'hospitalisation.

L'enfant, la maladie et l'hospitalisation

La maladie chez l'enfant entraîne une première rupture liée à sa propre image. Elle intervient comme élément de perturbation dans la construction de son identité en altérant ses capacités intellectuelles et physiques ainsi que

ses propres ressources. La gravité de la maladie ou son caractère contagieux peut également nécessiter un isolement de toutes les structures qui favorisent la construction de son identité (éloignement du contexte scolaire, interruption des activités ludiques et créatrices, parfois isolement au sein de son propre système familial et relationnel).

Ces ruptures successives obligent donc l'enfant à trouver des modalités d'adaptation qui lui permettent de maintenir ses acquis antérieurs dans l'élaboration progressive de sa personnalité.

Par ailleurs, l'apparition d'une maladie peut être vécue par l'enfant comme une expérience culpabilisante dans la mesure où il ne peut pas toujours se construire une logique explicative rationnelle de ce qui lui arrive. Il se sent alors coupable de ce dont il est le plus souvent victime (la maladie). Il ne comprend pas toujours (et souvent n'en a pas les moyens) les facteurs et les mécanismes à l'origine de sa pathologie et aura tendance à se les attribuer.

Le discours très souvent prôné dans l'éducation parentale sur l'interdiction de certains comportements comme facteurs explicatifs de pathologies (Ne fais pas ceci, tu seras malade) refait alors surface dans l'esprit de l'enfant comme explication dominante. L'analyse des logiques explicatives des maladies chez les enfants est sur ce point très illustrative¹¹.

La maladie d'un enfant peut aussi remplir une fonction familiale et sociale, et présenter des aspects positifs pour l'enfant et sa famille : renforcement des liens affectifs, redéfinition des rôles et des fonctions de chacun, précision des priorités et des valeurs, reconnaissance par le réseau social, distraction des problèmes relationnels du couple parental, etc. Ces différents bénéfices ne masquent cependant pas le caractère éprouvant de la maladie dans l'expérience qu'elle impose à l'enfant et à sa famille.

L'hospitalisation renforce l'expérience liée à la maladie. L'enfant est extrait de son contexte de vie qui lui procurait sécurité, assurance, épanouissement relationnel. Ce nouveau milieu de vie

obligé qu'est l'hôpital le confronte à des personnes qu'il ne connaît pas, à d'autres enfants présentant parfois des comportements incompréhensibles à ses yeux, à des horaires qui ne sont pas les siens, ... Tous les repères qu'il s'était construits dans son milieu d'origine se trouvent ébranlés et les personnes qui lui étaient les plus familières deviennent des visiteurs occasionnels.

Le besoin de communication de l'enfant est également altéré dans la mesure où peu d'interlocuteurs s'offrent à lui. Les personnes qui lui adressent la parole représentent parfois pour lui le symbole d'un châtement anticipé (la "piqûre"). Certes, ces différentes ruptures seront vécues de manière très variée selon les enfants en fonction de leur expérience antérieure, de leur âge, de leur éducation, ... Il n'en reste pas moins que l'absence de sécurisation qu'elles provoquent génère une angoisse additionnelle à celle de la maladie et de ses incertitudes.

L'ensemble de ces difficultés nécessite donc des réponses adaptées et cohérentes de la part des soignants et de tous les acteurs hospitaliers.

La diversité des activités proposées actuellement dans la majorité des services de pédiatrie sont autant de tentatives d'offrir à l'enfant hospitalisé réconfort, divertissements, occupations, mais aussi occasion de communiquer, d'exprimer sa souffrance, ses inquiétudes, ses incertitudes, ... Elles participent donc à la définition d'un contexte plus favorable à la prise en charge de l'enfant hospitalisé. Sont-elles cependant suffisantes à rendre optimale cette prise en charge?

Objet de la recherche

La présente recherche-action porte sur les conditions et les modalités d'optimisation de l'accueil et de la prise en charge de l'enfant en milieu hospitalier dans une perspective de promotion de la santé. L'objet central de la recherche est de réfléchir sur les conditions à remplir par l'hôpital pour offrir un environnement qui soit le plus favorable à la gestion de la santé et de la maladie pour l'ensemble des personnes concernées.

Le point de départ de notre questionnement de recherche s'inscrit dans la

perspective de développement d'une politique de promotion de la santé à l'hôpital, visant à accroître le bien-être des enfants qui sont confrontés à cette expérience.

Deux étapes préalables se sont avérées indispensables à l'élaboration de stratégies visant à atteindre notre objectif de recherche.

La première concernait le repérage des différents acteurs confrontés à cette réalité de l'hospitalisation d'un enfant, autrement dit l'identification des acteurs témoins, porteurs d'informations sur base de leur expérience vécue. Cette étape aboutit à l'émergence et l'identification des problèmes et des besoins rencontrés par l'ensemble de ces acteurs.

La seconde portait sur le traitement de ces informations afin de reconstruire la réalité expérimentée sous une forme qui soit reconnue par tous ces acteurs, dans leur diversité de points de vue.

Méthodologie de recherche

La recherche-action participative s'est avérée la méthodologie la plus appropriée pour tenter de répondre à notre objectif de recherche. Plusieurs arguments en justifient le choix.

Le premier concerne le statut épistémologique sous-jacent à la question de recherche. L'optimisation de l'accueil et de la prise en charge de l'enfant en milieu hospitalier ne peut être atteinte que par une modification, voire une transformation, des activités humaines qui la concrétisent. En cela, elle implique directement les acteurs qui y sont confrontés.

Le second concerne l'indispensable participation des acteurs dans la définition du problème et des stratégies appropriées pour y répondre, en vue de promouvoir des changements caractérisés tant par leur intensité que par leur permanence. Cette participation des acteurs est une des conditions indispensables à l'exercice du contrôle qu'ils doivent exercer sur leur santé et sur les conditions de son maintien et de son amélioration, dans l'esprit de la charte d'Ottawa.

Le troisième concerne la volonté de résoudre un problème concret et de

Sous le haut patronage de
Madame L. ONKELINX, Ministre de la Communauté française de Belgique, Affaires sociales et Promotion de la Santé
L'Unité RESO (ESP - UCL) organise sa

8^e JOURNÉE SCIENTIFIQUE D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ PREVENTION, ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ET MILIEUX DÉFAVORISÉS

le samedi 25 octobre 1997, de 8h30 à 16h00
Auditoire central C, avenue Mounier 51 - Faculté de Médecine UCL - 1200 Bruxelles

- 8h00** Accueil des participants
Séance plénière, présidée par le Pr. Dr. André STROOBANT (I.S.P. et ESP-UCL)
- 8h30** Exposés introductifs : les enjeux de la promotion de la santé dans les milieux défavorisés
- 9h00** M. H. AVALOSSE (ANMC), Inégalités sociales de santé: concepts de base, indicateurs de santé
Dr. L. BERGHMANS (Observatoire de Santé du Hainaut), Lutte contre les inégalités en santé... mais encore?
M. X. LECHIEN (JLG-APES), Empowerment: illusion ou réalité? Eclairage contrasté d'un concept en vogue
Mme A. HERSCOVICI (JLB-IS), Discours(s) et réalité(s): quels liens entre l'université et les populations défavorisées?
Dr. F. MARTIN (IPE, Dreux), Analyse des symptômes et des processus: lectures contributives à la pertinence de l'éducation pour la santé dans l'accompagnement des personnes précarisées.
- 10h00** PAUSE-COLLATION
- 10h30** Dr. P. HEREMANS (RESO), Prévention, éducation pour la santé et milieux défavorisés: enquête auprès des médecins généralistes
M. M. ANDRIEN (JLG-CERES), Prévenir le cancer avec le minimex
Mme S. DUBOIS (ZEP Anderlecht), Jouer avec sa santé en milieu populaire urbain
MM. A. GAILLY et B. DRISS RÉDOUANE (Centre Santé mentale, Laeken), Le patient migrant, l'intervenant et l'institution de santé: entre cultures et représentations
Dr. K. LEVIE (UCL-IMS), Programme intersectoriel de promotion de la santé dans les écoles de quartiers défavorisés: une collaboration école-médecin-milieu
Dr. B. SANDRIN (CFES), Le Comité Français d'Éducation pour la Santé et les milieux défavorisés: vers une approche intégrée
Mme N. TINANT (Cultures & Santé), Améliorer la communication pour une promotion de la santé plus centrée sur les différences culturelles: utopie ou réalité?
M. D. LEBORGNE (Service Prévention, Mons), Approche de préalables à un programme d'éducation pour la santé au sein d'un quartier "à problèmes"
- 12h00** PAUSE
- 12h30** ATELIERS - DEBATS
- Atelier 1:** Intervenir en milieu spécifique: quels cadres et quels milieux?
Modérateurs débat: P. CAMPAGNA (RESO) et L. BRION (RESO)
Intervenants: H. AVALOSSE, M. HERICKX (ONE), A. HERSCOVICI, X. LECHIEN, K. LEVIE
- Atelier 2:** Quelles approches pour quelles actions en éducation pour la santé?
Modérateurs débat: C. RENARD (RESO) et M.A. BERTRAND-BASCHWITZ (RESO)
Intervenants: A. GAILLY, D. LEBORGNE, E. MARTIN, Ch. SEPIETER (CRAM), J. SPRUMONT (GSJ), J.-J. LOTTIN (MRPS)
- Atelier 3:** Pratique médicale et prévention dans les milieux défavorisés.
Modérateurs débat: A. DECCACHE (RESO) et P. HEREMANS (RESO)
Intervenants: J.-M. BARNIG, L. BERGHMANS, V. DUPARC, J.-L. GRENIER, F. MARTIN, J. LAPERCHE (Fédé MM), B. SANDRIN
- Atelier 4:** Quels résultats pour la promotion de la santé?
Modérateurs débat: F. LIBION (RESO) et J. DEQUESNE (RESO)
Intervenants: M. ANDRIEN, L. BARTHELEMY, J.-M. DELVAUX (Espace Santé), B. DRISS REDOUANE, S. DUBOIS, N. TINANT
- 14h00** LUNCH - RENCONTRE

Pour tout renseignement ou inscription: Mme N. JORIS - Tél. 02/764.50.70 - Fax 02/764.50.74 - P.A.F.: 850 FB repas inclus (Etud. EDUS 500 FB)
Avec le soutien de la Communauté française de Belgique et de la Commission des Communautés Européennes, DG V
Avec la collaboration de Infor Santé - ANMC (les textes complets seront publiés dans le numéro de janvier-février 1998 de la revue "Éducation Santé").

Les poursuites judiciaires antitabac s'organisent en Europe

Un décès sur sept en Europe est attribué aux affections dues au tabagisme - soit 1,2 millions par an. Ce chiffre va vraisemblablement atteindre les 2 millions par an au cours des 20 prochaines années.

Les poursuites judiciaires contre l'industrie du tabac aux Etats-Unis ont mis en évidence les stratégies de marketing des cigarettiers - qui sont parfaitement conscients, depuis de nombreuses années, des risques pour la santé liés à la consommation de leurs produits. Ils ont néanmoins continué de promouvoir le tabac de la façon la plus agressive possible, particulièrement auprès des jeunes.

Une première rencontre informelle d'organisations de santé et de juristes concernés vient de se tenir à Bruxelles, à la fois pour tirer les leçons de l'expé-

rience américaine et pour examiner la possibilité de mener des actions similaires en Europe.

Les participants ont accepté de poursuivre leur collaboration dans le futur afin d'élargir l'éventail des causes juridiques similaires contre l'industrie, dans le plus grand nombre possible de pays européens.

Un réseau de juristes, de médecins et d'organisations de santé sera constitué pour assurer dans le futur un échange d'informations régulier et pour coordonner le plus possible les actions entre les différents pays. Ce réseau sera soutenu par l'Organisation Mondiale de la Santé. En particulier, il a été demandé à chaque groupe dans chaque pays de déterminer comment des actions individuelles pourraient être intentées (en tenant compte de la

différence des législations d'un pays à l'autre) et quels sont les cas les plus intéressants à soutenir.

L'industrie du tabac est multinationale. La collaboration proposée est, elle aussi, multinationale, apportant ainsi une valeur ajoutée aux efforts faits pour répondre aux inquiétudes de ceux qui souffrent de maladies liées au tabagisme. A l'avenir, les poursuites judiciaires feront partie de la stratégie globale de lutte contre les activités de l'industrie du tabac.

Pour plus de renseignements: Tobacco Products Liability Project in Europe, c/o UICC - ECL Bureau de liaison, rue de Pascal 33, 1040 Bruxelles, tél. 02/230.20.27, fax 02/231.18.58.

Communiqué transmis par l'Association contre le cancer. ■

Y a pas d'fumée sur la banquise...

A Namur, entrez sans fumer dans la chambre de bébé

Un papa pingouin surveille, une maman veille et un petit pingouin est blotti dans les replis soyeux de l'abdomen maternel. Quelle belle image de sécurité affective. Tout cela est possible à condition qu'il n'y ait pas de fumée dans les parages. Voilà le thème de la nouvelle campagne "Bébé non fumeur" lancée par l'Institut Provincial d'Hygiène Sociale de Namur.

Namur fait partie du Réseau Européen des Villes sans tabac et dans ce cadre elle a lancé son programme de sensibilisation "Namur Entrez Sans Fumer". Son objectif est d'être la première ville de Belgique pour sa faible population de fumeurs.

Ayant constaté que l'augmentation de la consommation se marque principalement chez les femmes et chez les jeunes qui fument de plus en plus tôt, l'Institut Provincial d'Hygiène Sociale et son Service de Promotion de la Santé ont décidé de cibler leur campagne sur la prévention du tabagisme passif des bébés et des jeunes enfants. Son but n'est pas de culpabiliser les futurs et jeunes parents, mais de leur rappeler sans agressivité les méfaits de la fumée de tabac. L'ensemble du projet

est axé sur la santé, la convivialité, l'implication et le bien-être.

Un dépliant reprend des informations utiles et propose des solutions concrètes à la mise en place d'un environnement sans fumée autour du bébé et du petit enfant. Il énonce des conseils pour aider la personne à arrêter de fumer.

Le thème principal est: "Offrez à vos enfants un air sans tabac". Ce n'est pas directement le fumeur qui est visé mais le fait que la fumée est nocive pour le non-fumeur et tout spécialement pour les petits. Il y a donc des précautions à prendre pour préserver son capital santé, pour veiller à sa sécurité et garantir son bien-être.

L'idée du grand air est très bien rendue par l'illustration où l'on peut voir, respirer presque, la pureté du ciel bleuté, la fraîcheur des glaces de la banquise, la blancheur des espaces enneigés, la nature vierge et immaculée. Le Grand Nord a décidément la cote puisque c'était déjà le théâtre de la campagne "D'abord de l'eau pour sauver ma peau" des Mutualités Chrétiennes où l'on voyait un ours polaire serrer affectueusement un enfant dans ses bras.

A Education Santé, nous avons craqué pour l'affiche, que nous vous of-

frons encartée dans ce numéro. En plus du dépliant et de l'affiche, des autocollants reprenant le même 'visuel' sont aussi disponibles.

Cette action sera suivie en Province de Namur par des formations et des journées de sensibilisation destinées au personnel des crèches, centres de santé provinciaux et enseignants.

Ce projet a été réalisé par le service de promotion de la santé de la Province de Namur dans le cadre du programme européen 'L'Europe contre le cancer', avec la collaboration du projet français "Besançon Non Fumeur", de l'Echevinat des Affaires Sociales de la ville de Namur, de la Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la santé et de la firme Pharmacia & Upjohn.

Mais tout de même, pourquoi un pingouin? Parce que cet animal a un comportement très protecteur vis-à-vis de son petit. Ce message subliminal n'est-il pas un "plus" pour cette campagne?

Pour tous renseignements: Axel Roucloux, Frédéric Mauguil, Institut d'Hygiène Sociale de la Province de Namur, rue Château des Balances 3b, 5000 Namur. Tél.: 081/72.37.53. ■

transformer une réalité existante. Il y avait donc bien convergence entre une intention de recherche soutenue par une intention d'action.

Le quatrième concerne la volonté explicite d'une démarche aboutissant à la théorisation de l'action dans une perspective d'application ou de transfert à d'autres services de pédiatrie belges. La nécessité de respecter la contextualisation de la prise en charge de l'enfant hospitalisé pour accroître son efficacité se voyait annexée à un souci de transférabilité des résultats de la recherche pour en accroître l'impact. La recherche-action participative associe donc bien la recherche, l'action et la participation du public.

La caractéristique essentielle de la recherche-action participative, qui en fait sa spécificité pour la recherche, concerne le statut du chercheur. A la différence des approches de recherche plus traditionnelles, le chercheur n'est plus distinct de son objet de recherche. Ainsi, dans le cadre de la recherche-action participative, l'action et le rôle du chercheur consistent essentiellement en une action de formalisation, de théorisation et de transformation de pratiques. Partant des problèmes reconnus par l'ensemble des acteurs concernés, il tente de décrire les pratiques qui les créent et/ou les entretiennent en expliquant leur cohérence interne et en les modélisant¹².

En retour, il stimule l'émergence de nouveaux modèles de pratiques en s'appuyant sur des logiques d'action et sur de nouveaux critères de performance définis pour l'intervention. Il en assure le soutien durant l'implantation et en analyse les résistances. En effet, toute transformation de pratiques crée une rupture d'équilibre de ce qui, au moins en partie, existait et fonctionnait préalablement, entraînant angoisses et incertitudes. De plus, la transformation d'un aspect de la pratique remet en question son ensemble, tant dans sa cohérence que dans sa pertinence.

Les étapes de la recherche-action

Le processus de recherche-action détermine des étapes dans une logique successive de concrétisation mais qui

restent susceptibles d'être réinterpellées par les résultats obtenus lors de la réalisation d'une étape ultérieure. Le processus définit ainsi une boucle rétroactive permanente, garantissant une cohérence interne et une adéquation à la définition de la problématique initiale par l'ensemble des acteurs. Qu'il s'agisse initialement d'une commande (demande portée par une personne concernée par la problématique, extérieure au champ de la recherche et portant sur une volonté de changement) ou d'un projet de recherche (construction d'une problématique par le chercheur), la première étape consiste à identifier l'ensemble des personnes concernées et leur vision de la problématique.

L'identification des acteurs

L'hospitalisation pédiatrique étant la rencontre entre deux systèmes (familial et hospitalier), certains acteurs s'imposent de fait:

- d'une part, l'enfant et sa famille, regroupant à la fois les personnes qui en ont la responsabilité (les parents en majorité ou au moins un des deux) mais également la fratrie qui subit directement les conséquences liées à l'hospitalisation de l'un d'entre eux. La maladie grave d'un enfant et son corollaire, le retrait du contexte familial, perturbent ainsi l'ensemble du fonctionnement du système familial (répartition nouvelle des tâches et des responsabilités liées à l'indisponibilité permanente ou partielle des parents, polarisation d'intérêts sur l'enfant malade au détriment de la fratrie, installation propice à un stress supplémentaire lié à l'incertitude de la maladie,...). Toute la famille est directement concernée par l'hospitalisation d'un enfant.

- d'autre part, les soignants et les responsables hospitaliers dont la responsabilité est d'assurer un retour le plus rapidement possible aux activités normales pour autant que la maladie le permette.

A côté de ces acteurs les plus directement impliqués, d'autres personnes subissent également le retentissement de l'hospitalisation d'un enfant. La famille élargie, des responsables de la scolarité de l'enfant, des employeurs des parents, des responsables de la

gestion des assurances et mutualités, peuvent être mis à contribution de manière différente lors d'un séjour hospitalier pédiatrique.

La problématique de la présente recherche-action portant sur l'optimisation de l'accueil et de la prise en charge en milieu hospitalier détermine cependant des acteurs principaux, sans exclure cependant l'ouverture à d'autres acteurs potentiels: il s'agit de l'enfant hospitalisé et de son environnement immédiat (parents, fratrie) et du monde des acteurs hospitaliers (soignants, administratifs, gestionnaires, personnel d'animation et personnel d'entretien).

Afin de cerner tant les éléments réguliers et permanents du problème que les particularités institutionnelles plusieurs étapes de collecte de données ont été définies.

La première a consisté à rencontrer, sur base d'interviews semi-structurés, l'ensemble des responsables des services de pédiatrie (47 au total) en Communauté française de Belgique. Ces responsables ont été interrogés sur les difficultés pressenties ou expérimentées lors de la prise en charge hospitalière des enfants. L'objectif de cette première phase de collecte de données était de dresser un tableau de convergences et de divergences des situations-problèmes liées à la pratique de prise en charge.

La seconde collecte de données a consisté à interroger, sur base d'un questionnaire auto-administré, complété d'interviews téléphoniques, la perception d'enfants et/ou de parents d'enfants ayant été hospitalisés, sur base de leur expérience. Le choix s'est en effet porté sur une interrogation trois mois après la sortie d'hôpital, de manière à garantir un souvenir relativement précis de l'expérience tout en l'extrayant de la charge émotionnelle intense liée soit au diagnostic de gravité de la situation ou inversement au soulagement consécutif à la sortie immédiate. Cette collecte des données s'est étalée sur quatre mois, et a rassemblé les avis de 327 parents et enfants (taux de réponse de 85,4 %) dans 3 hôpitaux de la Communauté française de Belgique. Les résultats détaillés font l'objet d'une publication distincte.

La troisième collecte de données a consisté à rencontrer l'ensemble des acteurs du contexte institutionnel principal défini pour la recherche: le département d'un hôpital universitaire. L'objectif de cette collecte de données était d'appréhender la diversité de points de vue des différents acteurs concernés par la prise en charge d'un enfant à l'hôpital. Cette diversité de points de vue témoigne en effet d'enjeux distincts et de modes différents d'appréhender la réalité de l'hospitalisation, sur base notamment des fonctions des différents acteurs.

L'exploration de la problématique

L'approche du vécu des enfants hospitalisés et de leurs parents nécessite un mode de collecte de données qui respecte leur anonymat et leur désir de s'exprimer ou non sur ce vécu. Leur statut de patient (ou de parents de patient) n'implique pas en effet une situation de contrainte ou d'invitation systématique à s'exprimer sur ce sujet.

Le choix du questionnaire auto-administré a donc été sélectionné comme outil privilégié de collecte de données pour ce public.

Etape 1

Les résultats mettent en évidence que le contexte hospitalier reste prioritairement un lieu d'angoisse, d'incertitude mais également d'incompréhension réciproque pour les enfants et leurs parents. Même si l'âge de l'enfant et la gravité de la maladie interviennent comme variables déterminantes dans l'intensité des sentiments vécus par ces acteurs, leurs témoignages convergent sur la dominance des sentiments les plus fréquemment ressentis.

Face à cette situation, les parents d'enfants hospitalisés se situent en revendicateurs de changements dans la pratique hospitalière.

Pour eux, la priorité porte sur les conditions dans lesquelles il sont admis à l'hôpital (conditions d'accueil lors de l'admission, conditions d'hébergement et de séjour, impossibilité de séjourner près de leur enfant). A côté de ces conditions pratiques, leur revendication porte sur l'accessibilité à l'information au sujet de la maladie et des traitements prescrits à l'enfant

ainsi que sur la place réelle qu'ils souhaiteraient prendre (et se voir offrir) dans le processus de prise en charge de l'enfant. Ils revendiquent également une meilleure préparation au retour à domicile ainsi qu'une répartition plus cohérente à leurs yeux des enfants hospitalisés (respect de l'âge de l'enfant et des rythmes de vie qui lui sont associés, évitement de risques de contagion par annexion de pathologies diverses dans la même chambre,...).

S'ils reconnaissent la performance technique et hautement spécialisée sur le plan médical et thérapeutique, ils déplorent parfois les conditions humaines et relationnelles qui les accompagnent. Ce plus qu'ils attendent n'est précisément pas rencontré par la juxtaposition d'activités complémentaires offertes à l'enfant même si elles sont reconnues comme méritoires, mais pas toujours adaptées à l'âge et aux capacités de l'enfant.

Ces résultats rejoignent ceux obtenus lors de recherches antérieures, chez des populations de patients adultes ou d'enfants¹³.

Toutes ces revendications, même si elles ne remettent pas en question le choix de l'institution pour une hospitalisation ultérieure éventuelle, traduisent cependant une insatisfaction des conditions dans lesquelles se déroulent parfois les séjours hospitaliers.

Etape 2

La perception des difficultés rencontrées par les responsables des services de pédiatrie en Communauté française de Belgique porte d'abord sur les activités créatives (ou récréatives) et plus particulièrement sur leur organisation pratique au sein des différents services hospitaliers (manque de moyens financiers pour les assurer et absence de soutien politique dans leur développement).

La seconde difficulté concerne la préparation de l'enfant à l'hospitalisation. Si cette préparation est reconnue par l'ensemble des responsables hospitaliers comme une condition indispensable à l'optimisation de la prise en charge des enfants hospitalisés¹⁴, elle est cependant rendue très difficile par le fait que les structures actuelles (tant financières que pratiques sur le plan

de l'organisation du travail) ne prévoient pas les moyens de la concrétiser.

La troisième difficulté perçue rejoint une préoccupation des parents relative à la répartition des enfants au sein des chambres doubles ou multiples. Les responsables des services reconnaissent que la juxtaposition de patients présentant des caractéristiques différentes (en particulier l'âge) ou des pathologies différentes (notamment les maladies contagieuses) constitue en soi, un risque supplémentaire, même si beaucoup de précautions sont prises pour l'éviter, mais également une perte de temps et d'énergie. Les solutions qui sont proposées vont principalement dans le sens de l'individualisation de la prise en charge des enfants hospitalisés.

Etape 3

Par ailleurs, en recontextualisant la problématique au départ d'une institution particulière qui sert de site à la recherche-action, la perception des soignants rejoint davantage les préoccupations des parents : préparation au retour à domicile, séjour hospitalier pour les parents, amélioration de l'accueil et de l'admission, structures spécifiques pour les adolescents, implications des parents dans le processus de soins, plus grande adéquation de la prise en charge par recherche d'informations spécifiques complémentaires,...

La diversité des pistes proposées traduit un double message de la part des soignants: d'une part, le fait d'être relativement à l'écoute de la demande explicite ou implicite des parents et des enfants confrontés à l'hospitalisation et d'autre part une prise de conscience d'une adaptation de leur pratique à ces demandes, voire une transformation de celle-ci.

La confrontation des points de vue

L'étape suivante dans le processus de recherche-action fut de confronter les diverses attentes et perceptions des acteurs concernés par la prise en charge de l'enfant hospitalisé à l'intérieur du site d'accueil de la recherche. L'idéal aurait été de pouvoir confronter les résultats avec l'ensemble des acteurs. La difficulté majeure a été

façon permanente, nous invitons également à nos réunions le Comité de concertation sur l'alcool et les autres drogues - le CCAD - et les représentants des Ministres Vande Lanotte (ndlr: fédéral - "Intérieur"), Taminiaux (ndlr: Région wallonne - "Affaires sociales") et Onkelinx (ndlr: Communauté française - "Promotion de la santé, Education et Aide à la Jeunesse" notamment). Par là-même, nous entendons participer à une logique de décloisonnement tout comme nous

avons voulu composer notre Conseil avec une approche intersectorielle.

E.S.: Il est sans doute prématuré de parler de productions en phase de démarrage. Malgré tout, s'est-il déjà dégagé l'un ou l'autre projet spécifique?

Y.D.: Il ne nous a en effet pas encore été possible de produire quelque chose vers l'extérieur. Il n'empêche que nous sommes déjà en phase de réalisation d'un répertoire détaillé des or-

ganismes, des acteurs et référents, des outils et des programmes en matière d'assuétudes. Nous nous limitons pour cela à notre territoire. Nous faisons d'une pierre deux coups. Le répertoire pourra être diffusé à ceux pour qui c'est utile et, en même temps, ça nous oblige à bien repérer et connaître nos ressources en cette matière. Pour le reste, c'est une affaire à suivre. L'"histoire" n'est évidemment pas écrite puisqu'elle sera le résultat d'un travail commun. ■

Tous unis pour un monde sans tabac

○ A l'occasion de la Journée mondiale sans tabac du 31 mai 1997, l'Organisation Mondiale de la Santé a diffusé un "cahier de conseils", reprenant une série de textes qui expliquent le thème de l'action de cette année. Voici un extrait d'un de ces textes.

Pourquoi des mesures complètes de lutte antitabac sont-elles nécessaires?

La coopération entre les différents secteurs est nécessaire pour amener le changement

○ Tout le monde s'accorde à dire que la prévention est un élément important de la lutte antitabac. Il faut par conséquent avertir les enfants des dangers de la consommation de tabac, si l'on veut qu'ils décident ultérieurement de s'abstenir de fumer. Voilà le problème résolu?

Malheureusement, la situation est beaucoup plus compliquée. Dans de nombreux pays, les conséquences gravissimes de la consommation de tabac sont largement ignorées. Même lorsque des campagnes d'éducation sanitaire ont réussi à informer le public, et notamment les enfants, des dangers du tabac, cela ne suffit pas. Nous disons que nous ne voulons pas que nos enfants fument et nous leur offrons des programmes d'éducation sanitaire visant à renforcer ce messa-

ge. Ils peuvent décider de s'abstenir de fumer. Toutefois, cette décision est remise en question à chaque occasion, car, en réalité, l'environnement social ferme les yeux sur la consommation de tabac et la présente même sous des couleurs séduisantes.

(...) La lutte antitabac doit être entreprise dans tous les secteurs et avoir une large portée. Les recommandations suivantes, découlant de résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé, et s'ajoutant aux recommandations d'autres organismes internationaux et intergouvernementaux, énumèrent certains éléments clés qui doivent être inclus dans les programmes nationaux de lutte antitabac.

Programme en dix points pour une lutte antitabac fructueuse

1. Protéger les enfants pour les empêcher de devenir dépendants du tabac.
2. Adopter des politiques fiscales propres à décourager la consommation de tabac, telles que des taxes qui augmentent plus rapidement que les prix et les revenus.
3. Utiliser une part de l'argent recueilli par les taxes sur le tabac pour financer d'autres mesures de lutte antitabac et de promotion sanitaire.
4. Mettre en place des programmes de promotion et d'éducation sanitaire et de sevrage. Les agents de santé et les institutions doivent montrer l'exemple en s'interdisant l'usage du tabac.

5. Protéger les gens d'une exposition involontaire à la fumée de tabac ambiante.

6. Eliminer les incitations socio-économiques, comportementales et autres qui entretiennent et promeuvent la consommation de tabac.

7. Eliminer la publicité, la promotion et le parrainage directs et indirects des produits du tabac.

8. Contrôler les produits du tabac, et inscrire notamment des mises en garde sanitaires visibles sur les produits du tabac et toutes les publicités restantes; limiter les composants toxiques des produits du tabac et de la fumée et faire rapport obligatoirement sur ceux-ci.

9. Promouvoir sur le plan économique des solutions de rechange à la culture du tabac et à la fabrication des produits qui en découlent.

10. Gérer, suivre et évaluer de manière efficace les problèmes liés au tabac.

(Un grand nombre de ces éléments dépasse le cadre du secteur de la santé; c'est pourquoi la lutte antitabac ne progressera que grâce à la participation d'autres secteurs. Il ne suffit pas qu'elle soit simplement inscrite au premier rang des priorités de la santé publique. Elle est et doit être considérée comme l'une des plus hautes priorités en ce qui concerne l'intérêt général.

Pour tout renseignement: Organisation mondiale de la santé, bureau de l'information, 1211 Genève 27, Suisse, tél. 791 2111, fax 791 0746. ■

aux besoins. Or, l'étude qu'a menée l'Observatoire provincial de la santé relève une grosse lacune qui intervient en amont des problèmes que nous avons constatés. C'est le manque d'information et de coordination. Il y a une absence généralisée d'information sur les structures et les intervenants qui assurent une guidance des toxicomanes.

Ceci empêche une réorientation efficace de ceux qui ont besoin d'être aidés. On constate que les communes du Brabant wallon ne sont pas au courant des projets qui sont menés dans les entités voisines. Les intervenants connaissent mieux le réseau bruxellois que celui du Brabant wallon. La conséquence de ceci, c'est que les initiatives peuvent partir de tous côtés, qu'elles soient rigoureuses ou non. Des actions, heureuses ou parfois malheureuses, se développent de façon relativement anarchique. On pourrait même craindre que cela devienne contre-productif. Tout ceci nécessitait donc une centralisation des données et une concertation des acteurs.

E.S.: Vous utilisez l'imparfait... Est-ce à dire que cette concertation existe enfin?

Y.D.: On y travaille activement... C'est ici qu'intervient le Conseil des assuétudes. Nous sommes partis de ces constats: le manque d'information et de coordination, la nécessité d'avoir une vue globale des phénomènes de dépendance. Nous avons alors formulé une réponse pratique pour pallier certains dysfonctionnements. C'est ainsi qu'est né le désir de créer une commission pragmatique centrée sur le problème des assuétudes.

J'ajouterai que la Région wallonne nous a encouragés à aller dans ce sens et nous a promis de rester attentive au bon déroulement de notre démarche. Nous avons aussi voulu entamer nos travaux en ayant nous-mêmes une logique de concertation. Dès le départ, nous avons créé un partenariat.

En bout de course, l'organisation du Conseil résulte de la collaboration entre trois entités institutionnelles. La première est celle des services de Monsieur le Gouverneur qui représente le pouvoir fédéral au sein de la Pro-

vince. C'est lui qui assure la présidence du Conseil. Le deuxième partenaire est l'Intercommunale des oeuvres sociales du Brabant wallon. Puis l'on retrouve, bien sûr, la Province du Brabant wallon et, plus spécifiquement, son service de l'aide sociale et de la santé. C'est au sein de ce service que se situent deux acteurs clés en cette matière, l'Observatoire de la santé et la Commission locale de coordination en éducation pour la santé. Chacun des membres de ce partenariat, suivant son propre angle d'approche, avait posé un même diagnostic sur la nécessité de coordonner les intervenants et leurs projets.

E.S.: Quels sont les objectifs fixés à ce Conseil?

Y.D.: Déjà, si l'on fait référence à l'appellation choisie, vous constaterez que nous avons préféré la notion d'assuétude à celle de toxicomanie. Cela montre que nous ne voulons pas nous cantonner aux drogues dures ou douces, licites ou illicites. Nous estimons devoir prendre en compte les comportements de dépendance par rapport à une série d'autres produits, par exemple: l'alcool ou les médicaments, voire le tabac... Maintenant, en termes opérationnels, nous nous sommes fixé cinq buts complémentaires. Je me référerai au texte fondateur pour vous les citer avec précision:

- identifier les besoins de la population, les ressources déjà disponibles et leur adéquation par rapport aux besoins;
- en fonction de l'analyse faite, définir des priorités méthodologiques et pratiques en vue de l'élaboration d'une politique globale de la prévention et de la prise en charge des assuétudes;
- concevoir un plan d'affectation des ressources permettant la réalisation de cette politique globale;
- assurer l'évaluation du programme d'action mis en place et des acteurs qui le réalisent;
- de façon plus ponctuelle et à la demande des pouvoirs publics (locaux, provinciaux, régional, communautaire et fédéral) ou d'initiative propre, remettre des avis d'opportunités sur les projets qui lui sont soumis.

E.S.: De façon concrète, comment est structuré le Conseil des assuétudes?

Y.D.: Nous ne sommes pas très formalistes. Disons que, à titre très pratique, nous avons prévu un rythme trimestriel pour nos rencontres. Mais des réunions supplémentaires seront fixées chaque fois que le besoin s'en fera sentir. Entre les réunions, il reste bien sûr à chaque partenaire de travailler en cohérence avec les options qui seront prises par le Conseil.

Ce qui me semble devoir plus retenir notre attention maintenant, c'est que nous n'avons pas voulu travailler en circuit fermé. Nous avons donc associé au Conseil des "membres-partenaires". Ils ont été choisis de façon représentative dans divers milieux professionnels et institutionnels. Pour ce faire, nous avons stimulé de nombreuses candidatures puis opéré une sélection en leur sein. Je crois que les critères de sélection que nous avons posés méritent d'être cités; ce qui vous permettra de visualiser la composition du Conseil:

- 3 médecins généralistes;
- 3 pharmaciens;
- 3 travailleurs psychosociaux issus de CPAS ou de centres de guidance, ce qui nous permet d'intégrer le secteur de la santé mentale via deux médecins psychiatres siégeant en outre à la plate-forme de concertation en santé mentale du Brabant wallon;
- 2 membres issus des milieux associatifs;
- 3 représentants des forces de l'ordre, à savoir un officier de gendarmerie et deux commissaires de polices communales;
- 1 représentant du pouvoir judiciaire, plus précisément du Parquet de Nivelles;
- 1 représentant du Service de l'aide à la jeunesse de l'arrondissement de Nivelles;
- 2 enseignants;
- 1 représentant des centres IMS;
- et 1 représentant des centres PMS.

Il convient d'ajouter que nous avons adjoint au Conseil des assuétudes deux consultants universitaires: Monsieur Dan Kaminski, spécialisé en criminologie et le Docteur Aldo Perissino comme référent en santé publique. De

d'impliquer directement les parents et les enfants ayant répondu à l'enquête à cette phase de "confrontation".

Deux raisons expliquent cette impossibilité de confrontation: la première porte sur le respect de l'anonymat des familles et des enfants répondants et la seconde sur le fait que pour une majorité d'entre eux, l'hospitalisation a été un épisode vécu à un moment précis de leur histoire et ne se représentera probablement plus dans un avenir plus ou moins proche.

La convergence des perceptions a eu un effet catalyseur sur le processus de changement à mettre en place. Elle permettait la légitimation des différents projets que les soignants souhaitaient également voir développer au sein de leur service. Parmi les pistes possibles de solution, les soignants ne se sont pas intéressés à l'ensemble, certains privilégiant une piste exclusivement, d'autres en rejetant l'une ou l'autre.

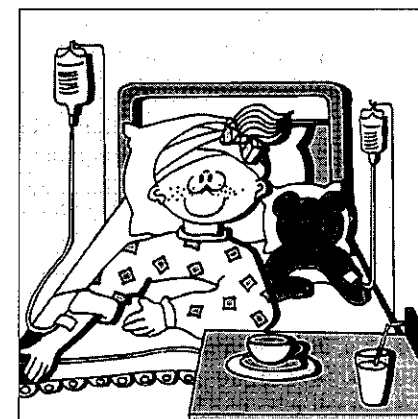
La confrontation des informations recueillies auprès des principaux acteurs concernés par l'hospitalisation d'un enfant a cependant permis la prise de conscience et le partage par l'ensemble des soignants:

- des difficultés perçues par les enfants et leurs parents lors d'une hospitalisation, informations qui ne peuvent pas toujours être communiquées directement par crainte d'effets négatifs sur la qualité de la prise en charge;
- de la diversité des services de soins (notamment par le fait des prises en charge différentes sur base des critères d'âge et de la nature de la pathologie). Cette diversité laisse entrevoir des solutions variées;
- que l'optimisation de la prise en charge hospitalière en pédiatrie passe obligatoirement par une remise en question des pratiques des soignants et de leur mode de fonctionnement.

La confrontation a également permis de reconsidérer l'importance accordée préalablement par les soignants à certaines difficultés ressenties par les usagers de leurs services. De cette confrontation et en adéquation avec la diversité de pratiques qui caractérise les différents services du département de pédiatrie, une recontextualisation des problématiques a pu être entreprise et une diversité de stratégies ont pu ainsi être définies.

La modélisation explicative de la problématique

La confrontation a révélé qu'il s'agissait moins d'offrir des choses en plus (d'autres activités récréatives par exemple) que de chercher à rendre plus performant ce qui fonde et justifie la prise en charge actuelle. Autrement dit, les attentes des enfants et des parents ont évolué au cours du temps et les modèles classiques de prise en charge ne paraissent plus répondre à l'ensemble de celles-ci. Le fossé s'agrandit donc entre l'offre de service faite par l'hôpital et l'attente de service par les parents.



De plus, l'évolution des traitements (surtout des maladies chroniques) s'accompagne d'une nécessité d'assistance dans l'apprentissage de la gestion des traitements, et souvent de l'ensemble de leur mode de vie, par les patients et leur famille.

L'apparition de ces nouvelles nécessités implique une remise en question des pratiques professionnelles des acteurs hospitaliers. En effet, suffit-il d'ajouter de nouvelles fonctions à la prise en charge actuelle (en s'adaptant à l'évolution de la demande) ou faut-il remettre en question et redéfinir l'ensemble de la prise en charge en y intégrant ces nouvelles fonctions, tout en garantissant une nouvelle cohérence interne?

Cette question est primordiale dans le choix des stratégies de changements. L'ajout de nouvelles fonctions (souvent portées par des personnes spécialisées) dans le cadre de la prise en charge est souvent vécu par les soignants comme une récupération (par d'autres) d'une partie agréable de leur fonction (réaction au développement

d'activités d'animation par des personnes spécialisées) et corollairement, par les enfants et les parents comme une perte de sens et de cohérence par la multiplication de personnels spécialisés.

Le souci d'optimisation de la prise en charge, à l'origine de la présente recherche-action, a permis d'opter pour une reconsidération globale de l'intervention en tentant de répondre à la question suivante: quel(s) modèle(s) de prise en charge rencontre(nt) à la fois les impératifs thérapeutiques et les attentes des enfants et de leur famille?

La définition des stratégies

L'autonomie de gestion et la spécificité des services au sein du département de pédiatrie se traduisent par des modèles de prise en charge différents, rendant nécessaire de prendre en compte cette diversité dans l'élaboration et le choix des stratégies à mettre en place et des projets à définir ou à redéfinir. En même temps, plusieurs points de convergence étaient apparus:

- un certain nombre de services sont proposés de manière commune, sans différenciation de services (par exemple, la scolarité, hormis pour les classes d'âge inférieures à trois ans);
- outre la dynamique spécifique à chaque service, le niveau opérationnel du département (dans son pouvoir de gestion et de prise de décision) implique la recherche d'une cohérence au niveau d'un projet global. Cet argument est amplifié par le fait que certaines familles, confrontées à une poly-pathologie chez un même enfant, connaissent parfois sur une période relativement courte, plusieurs hospitalisations successives.

En conséquence, deux niveaux d'opérationnalisation ont été pris en compte dans la définition des stratégies.

Au niveau vertical, chaque unité pédiatrique, définie par son autonomie de gestion des soins sous la responsabilité d'un ou de plusieurs médecins fut reconnue comme système de pertinence pour la définition des stratégies.

Au niveau horizontal, deux systèmes de pertinence ont été pris en compte:

- le premier portait sur la réalité de l'animation, qui même si elle se différencie par service (ou plutôt par ser-

vices regroupés), n'en reste pas moins globale dans la prise en charge de l'enfant hospitalisé, avec des questionnements qui lui sont spécifiques;

- le second portait sur le niveau général du département, tant au niveau médical qu'au niveau infirmier. Un projet de restructuration du département a été initié, fondé sur des préoccupations exprimées par les parents (hospitalisation conjointe mère-enfant, répartition des enfants en fonction des pathologies, accessibilité accrue d'un informateur médical,...).

Chaque "système de pertinence" ainsi défini a été le lieu d'une recontextualisation de la problématique en prenant en compte ses spécificités.

Toutefois, dans la perspective d'une redéfinition globale de la prise en charge, le choix de la stratégie spécifique qui a été retenue doit être considéré comme une porte d'entrée privilégiée pour ce travail de redéfinition et non comme une fin en soi. C'est à cette condition que le travail de redéfinition globale est rendu possible.

Les pistes d'action

Ces pistes, qui sont autant de points de départ d'une réflexion sur les pratiques mais également autant de portes d'entrée pour définir des critères d'évaluation de ces pratiques, sont très variées.

Leur diversité témoigne de l'hétérogénéité de la prise en charge en service pédiatrique. Ces pistes portent sur la préparation du retour à domicile, le recueil d'informations, l'accueil de la famille en néonatalogie, la spécificité de prise en charge des adolescents, l'hospitalisation conjointe mère-enfant et la formation des animateurs à l'hôpital. Leur description identifie leurs objectifs initiaux ainsi que les effets attendus de leur implantation.

La préparation du retour à domicile

Cette préparation poursuit comme objectif de former la famille à assurer la continuité des soins de base à domicile. Elle vise donc à éviter ou atténuer le stress lié à l'obligation de prendre le relais de l'hospitalisation et ainsi, tente de réduire le nombre d'hospitalisations répétitives.

Les modalités d'intervention consistent à associer progressivement les parents aux soins prodigués, d'abord comme observateurs, ensuite comme participants, en leur expliquant les étapes successives qui structurent les soins et en leur permettant de les expérimenter progressivement. L'association des parents doit être progressive et respecter leur rythme d'apprentissage. Un des effets attendus supplémentaire porte sur la possibilité d'accroître la maîtrise de la famille sur le processus pathologique, le traitement (à domicile) et sur la santé de l'enfant.

Un outil de recueil d'informations

Une des difficultés liées à la prise en charge des enfants souffrant de troubles neurologiques sévères réside dans l'impossibilité de communiquer verbalement avec la majorité d'entre eux. Les informations sont donc difficiles à obtenir et la compréhension mutuelle en est souvent altérée.

De plus, les soignants sont confrontés à devoir faire face à des difficultés qui devraient être rapidement résolues s'ils possédaient l'information adéquate au bon moment. Un outil de collecte d'informations, construit à partir de l'analyse des difficultés rencontrées par les soignants dans le cadre de leur pratique permet de répertorier l'ensemble des informations qui permettent de faire "toute la différence".

Ces informations concernent les habitudes de repas, de repos, de toilette, de loisirs, de communication,... Elles doivent être rapidement disponibles pour permettre aux soignants d'adopter le comportement le plus approprié pour garantir une plus grande qualité de vie à l'enfant hospitalisé. Les effets attendus sont multiples: gain de temps pour les soignants, meilleure qualité relationnelle, un gain d'énergie et une plus grande qualité de vie pour l'enfant qui trouve ses propres repères.

L'accueil de la famille élargie en service de néonatalogie

L'hospitalisation d'un nouveau-né est rarement prévisible et perturbe les

projets d'accueil de l'enfant au sein de son système familial. Le séjour à l'hôpital de l'enfant est prolongé et la famille doit s'adapter à cette nouvelle situation. Cette rupture est souvent associée à l'impossibilité pour la fratrie et la famille élargie d'établir un contact physique avec l'enfant. De plus, les parents sont souvent très sollicités à ce moment et la fratrie peut vivre cette situation comme un abandon au profit de quelqu'un qui leur est momentanément inaccessible.

L'accueil de la famille élargie en service de néonatalogie poursuit comme objectif de permettre au nouveau-né d'entrer en contact avec ceux qui constituent sa famille. Cet accueil permet progressivement à la fratrie de se constituer une image de cet enfant qui ne soit pas uniquement celui qui polarise tout l'intérêt des parents, à leur détriment. Les effets attendus sont surtout de construire un réseau de support pour le couple parental et la fratrie et permettre une meilleure intégration du nouveau-né dans sa famille.

La prise en charge des adolescents hospitalisés

Les adolescents hospitalisés rencontrent des besoins qui leur sont spécifiques¹⁵.

Actuellement, un groupe de soignants s'est constitué pour élaborer des modalités spécifiques de prise en charge pour les adolescents souffrant de pathologies chroniques qui sont hospitalisés pour des bilans à des intervalles réguliers. Le caractère prévisible de ces hospitalisations permet de les regrouper et de proposer un programme basé sur l'éducation à la maladie et au traitement. Le fait de les regrouper pour proposer un programme commun présente plusieurs avantages:

- un gain de temps pour certaines obligations répétitives;
- une occasion de rencontre entre adolescents rencontrant des problématiques similaires;
- une concentration des prises en charge de ces patients sur des moments précis;
- une proposition d'activités concrètes pour pallier leur errance actuelle à l'hôpital.

Création du Conseil des assuétudes en Brabant wallon

Le 14 mai dernier, se déroulait la première réunion du Conseil des assuétudes du Brabant wallon. Nous avons rencontré une de ses principales initiatrices, Madame Yolande Deleuze, Députée permanente chargée du logement, des affaires sociales et de la santé au sein de la "jeune province".

Education Santé: Quelle est la genèse de votre projet ?

Yolande Deleuze: L'histoire du Conseil des assuétudes a commencé en 1995. Le Ministre régional wallon, Willy Taminiaux, avait mandaté la Province du Brabant wallon pour mener une étude. Il s'agissait pour notre Observatoire de la santé d'analyser les possibilités et l'opportunité d'implanter un centre de jour décentralisé qui visait la prise en charge des toxicomanes. Mais, il est très rapidement apparu que cette piste de travail n'était pas des plus judicieuse. Du moins, elle ne nous a vraiment pas paru prioritaire compte tenu de la configuration géographique, démographique et sociologique du Brabant wallon. Nous avons donc réorienté cette étude de façon à répondre à une carence relevée par divers acteurs de terrain. Il s'agissait alors de dresser un bilan des structures et des méthodes de prise en charge des toxicomanes et de prévention des toxicomanies sur notre territoire.

E.S.: Quelles sont les conclusions de cette étude ?

Y.D.: Il s'agit principalement d'un relevé des lacunes qui, par extension, constitue un premier inventaire des besoins. Tout d'abord, ceci nous a permis de faire quelques observations.

Nous avons constaté, par exemple, que n'existe en Brabant wallon aucune collecte épidémiologique globale. Nous disposons bien des chiffres du Parquet, mais ils reflètent surtout les résultats de l'activité policière. On peut tout de même en déduire que, même si huit zones "rouges" se distinguent plus particulièrement, aucune de nos 27 communes n'est épargnée.

Par ailleurs, on assiste à une évolution dans la variété des produits et dans la manière dont ils sont utilisés ou consommés. Il n'en reste pas moins que si l'usage de produits stupéfiants est une problématique de taille, la dépendance à l'alcool continue à être la plus importante... D'autant qu'elle touche toutes les tranches d'âge.

Cette étude a aussi permis de repréciser une chose. Si la drogue est bien présente en Brabant wallon, les toxicomanes, ceux qui sont dépendants, sont relativement peu nombreux. Nous devons tenir compte de cette nuance entre les consommateurs occasionnels et les toxicomanes. Cela incite à dédramatiser la situation mais..., a contrario, on pourrait craindre une banalisation de l'usage des drogues. Une politique cohérente s'impose donc si l'on veut éviter que la situation ne dégénère.

E.S.: Il est très probable que des constats similaires pourraient être posés ailleurs, en Communauté française... Peut-on pour autant parler, comme vous l'avez fait, d'un inventaire des besoins ?

Y.D.: Si nous nous arrêtons là, certainement pas! Nous avons relevé une série de lacunes par rapport auxquelles des propositions ont été émises. Je vais vous les citer en les résumant, au risque d'être réductrice.

Des formations à la prise en charge des toxicomanes ont été organisées en certains lieux pour les médecins généralistes, les pharmaciens et les travailleurs sociaux. Mais elles n'ont évidemment pu être développées partout. Il faudrait donc contribuer à leur multiplication pour apporter une réponse à la demande de nombreux intervenants de première ligne qui n'ont pas eu l'occasion de les suivre.

Par ailleurs, lorsque des formations ont eu lieu, les intervenants médico-sociaux souhaiteraient qu'elles soient prolongées par des interventions et des modules plus pratiques.

En matière de prise en charge et de suivi des toxicomanes, en fonction de l'absence de centre thérapeutique spécialisé, nous souhaiterions que

s'instaure un mouvement de prise en charge au sein des structures d'aide au dispositif général de santé. Nous devrions également stimuler, vu l'absence de centre de crise, la création de centres de court séjour pour les usagers de drogue en situation de crise. En terme de suivi, d'encadrement global aussi, nous relevons la nécessité d'un renforcement de la capacité des services à effectuer un accompagnement social des toxicomanes. Une équipe ambulatoire pourrait peut-être répondre à cela.

Dans le même ordre d'idées, nous soulignons le besoin d'un accompagnement en postcure. Il s'agirait alors d'organiser des activités de formation et de réinsertion pour les toxicomanes en postcure ou en cours de traitement de substitution. Lorsque nous évoquons un encadrement global, nous constatons aussi le manque actuel d'aide aux familles et aux proches des usagers de drogues. Nous souhaiterions donc que leur entourage soit mieux encadré et informé; qu'il puisse trouver un soutien efficace.

Ce que je viens de dire concerne les situations où les problèmes sont déjà apparus. D'une façon plus générale, les intervenants du Brabant wallon déplorent le manque d'une prévention la plus précoce possible. Il se dégage d'ailleurs un consensus à ce propos pour que cette prévention soit menée de façon interthématique. Nous pensons qu'il faudrait apporter un soutien logistique et méthodologique aux actions de prévention pour qu'elles puissent se développer dans un contexte de santé globale. Mais, nous sommes déjà partiellement outillés pour ce faire puisque nous disposons de la Commission locale de coordination qui envisage l'éducation pour la santé avec cette philosophie de travail.

E.S.: Il y a du pain sur la planche! N'êtes-vous pas effrayée par l'ampleur des lacunes que vous relevez ?

Y.D.: Il y aurait effectivement de quoi l'être! Mais, vous savez, il y a beaucoup d'acteurs qui sont prêts à relever le gant dans le Brabant wallon. Ce n'est évidemment pas un seul organisme qui pourrait tenter de répondre

du réseau: il y a moins de violence et de méfaits, la toxicomanie est en baisse et les étudiants ont deux fois plus de chance de trouver un emploi... Tout cela est très bien, mais nous n'avons certainement pas été les seules à nous interroger sur les sources de telles informations. Comment en est-on venu à des conclusions aussi positives? Quelle évaluation a été menée?

En Belgique francophone (et presque partout ailleurs), évaluer est une de nos premières préoccupations. Mais au-delà de la "mise en chiffres", il nous faut construire une évaluation qualitative qui pourrait répondre à cette question cruciale: quelle est donc cette plus-value que l'appartenance au R.E.E.S confère aux écoles? Quelle est la différence entre une école du Réseau et une école hors ré-

seau? Peut-être pose-t-on mal les questions... Ne s'agit-il pas de montrer combien l'école enrichit sa mission en se préoccupant du bien-être des jeunes... Mais tout comme les changements de comportement ne s'opèrent pas en un clin d'oeil, une telle évaluation prend du temps, et demande des moyens...

Et si on misait sur l'estime de soi?

Partout des preuves s'accumulent pour montrer combien l'éducation, les expériences et les apprentissages développant la confiance en soi et l'estime de soi (qui permettront par exemple aux individus de gérer des conflits ou des situations de stress...), la participation à un projet (d'école, d'entreprise... de vie), sont autant

d'éléments favorables au bien-être et à la santé. En dépit de cela, de ces pressentiments qui sont désormais des vérités, les débats portent encore sur les subsides à la médecine. Avec en toile de fond cette "vieille" certitude que l'amélioration du bien-être et de l'espérance de vie dépend de la masse investie dans les soins. Malgré des croyances tenaces que contredira n'importe quel recueil des représentations de santé des jeunes (ou des moins jeunes), nous espérons qu'une initiative telle que le R.E.E.S contribuera au changement des mentalités et plus loin, des méthodes et des priorités.

Emmanuelle Caspers,
Viviane Delegher,
Service Education pour la Santé,
Croix-Rouge de Belgique. ■

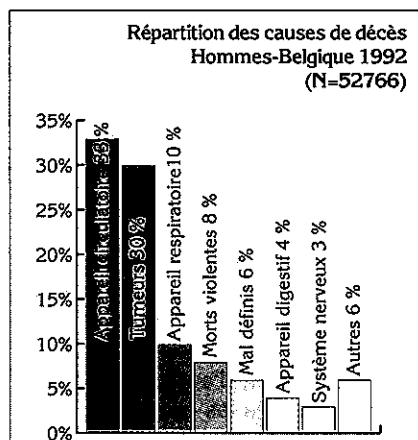
La mortalité en Belgique

Les données de mortalité, par leur disponibilité et la standardisation de leur classification à l'échelle internationale, restent un indicateur de santé de base en matière de choix de priorité en promotion de la santé.

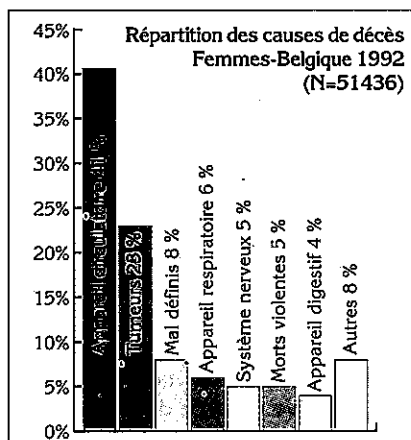
En Belgique, leur disponibilité est relative puisque leur publication souffre d'un retard de près de 5 ans. Et, communautarisation aidant, les procédures de traitement des certificats de décès ne sont pas identiques au Nord et au Sud du pays.

L'Institut National des Statistiques dispose toutefois des données de mortalité pour 1992.

Les figures reproduites ici présentent la répartition en pourcentage des causes des 104.202 décès constatés en 1992.



Les maladies cardio-vasculaires constituent de loin la première cause de décès (41% chez la femme et 33% chez l'homme) en Belgique. La proportion plus importante chez les femmes est expliquée par la structure d'âge différente suivant le sexe (plus de femmes âgées que d'hommes). Tout en restant la première cause de mortalité, les maladies cardio-vasculaires tendent à diminuer en Belgique. Comme l'indiquent les études américaines, les succès de la prévention expliquent une bonne part de cette évolution favorable (diminution du tabagisme et amélioration de l'équilibre alimentaire). Les progrès thérapeutiques ont contribué à améliorer notablement la létalité des maladies ischémiques cardiaques.



Les cancers, chez l'homme et la femme, représentent la deuxième cause de mortalité. Chez l'homme, les trois principaux cancers sont le cancer du poumon (36%), de la prostate (11%) et le cancer colorectal (9%).

Chez la femme, les principaux cancers se répartissent ainsi : cancer du sein (20%), du colon (14%) et cancer du poumon (8%). La progression du tabagisme chez la femme dans les décennies précédentes tend à augmenter la fréquence du cancer pulmonaire dans la population féminine. Cette augmentation se marquera encore davantage dans les prochaines années.

On note encore un bon demi-millier de décès par cancer de l'utérus pourtant largement évitables par le dépistage.

Le profil de mortalité en 1992 confirme donc que les principales causes de décès en Belgique sont, en partie, vulnérables par des interventions de prévention et de promotion de la santé. Il s'agit en particulier de la lutte contre le tabagisme, de l'amélioration de la qualité de l'alimentation et de l'organisation des dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus, actions qui au demeurant devraient aussi contribuer à améliorer la qualité de vie.

Docteur Christian Massot, Docteur Luc Berghmans, Observatoire de la Santé du Hainaut. ■

L'hospitalisation conjointe mère-enfant

Si la présence des parents est reconnue comme importante pour l'enfant dans le milieu hospitalier, sa concrétisation soulève un nombre important de questions auprès des soignants. Ces questions portent essentiellement sur une fonction de contrôle et de sentiment de perte d'autonomie et d'autorité de la part des soignants, mais également sur le fait de devoir assurer la prise en charge permanente des inquiétudes et des angoisses des parents.

L'hospitalisation conjointe mère-enfant nécessite la rencontre de conditions indispensables:

- l'acceptation du principe par les soignants;
- les conditions matérielles minimales;
- la conviction qu'elle se fait dans l'intérêt de l'enfant;
- la perspective de mise en place d'un partenariat réel entre parents et soignants.

Actuellement, le travail consiste essentiellement à répertorier les facteurs de résistance auprès des soignants, les conceptualiser, les confronter à la réalité de la prise en charge et les intégrer dans les stratégies de solutions.

La formation des animatrices pour les ateliers

Un des problèmes rencontrés dans le cadre des activités récréatives et créatives proposées aux enfants hospitalisés concerne le statut que ces activités occupent réellement dans le contexte hospitalier. Si leur intérêt est indéniable dans le fait d'offrir à l'enfant la possibilité de s'exprimer et de sortir de son isolement, leur reconnaissance se limite souvent à ce niveau occupationnel et distrayant.

Or, la réalité rencontrée par les animatrices de ces ateliers dépasse largement ce niveau. L'atelier est un contexte privilégié où l'enfant exprime (et s'exprime sur) ses difficultés, ses angoisses par rapport à la maladie et aux traitements.

L'atelier devient un lieu d'échanges d'informations (souvent indirectes) au

sujet de la condition du patient. L'atelier représente peut-être ce lieu unique où l'enfant peut exprimer sans réserve (de voir souffrir ses parents ou d'être pénalisé par les soignants) ce qui lui pose problème dans la gestion de sa maladie et de son traitement.

La difficulté qui en découle est relative à la saisie et au traitement de l'information transmise. Comment décoder cette information transmise? Quel sens lui donner? Quels relais lui assurer? Quelle suite lui accorder?

Le rôle des animatrices est primordial dans la réception et le traitement de ces informations. Elles seules peuvent assurer qu'elles soient prises en compte et qu'elles soient utilisées à bon escient pour le patient.

Plusieurs conditions sont néanmoins indispensables. La première concerne le fait de pouvoir appréhender la réalité de l'enfant hospitalisé, ses besoins spécifiques, ses angoisses, ses incertitudes,... dans leur ambivalence et leurs contradictions.

La deuxième est que les animatrices soient reconnues et légitimées par l'ensemble des soignants dans le fait d'être dépositaires et témoins d'informations non négligeables dans le processus de prise en charge de la pathologie de l'enfant.

La troisième concerne l'exploitation faite de ces informations qui doivent respecter l'enfant dans ses confidences et le protéger de tout risque d'abus de confiance.

Toutes ces conditions nécessitent que les animatrices acquièrent de nouvelles compétences en complément des capacités techniques et relationnelles qui fondent leur légitimité.

Une formation a donc été entreprise qui se base principalement sur le développement et le renforcement d'une identité légitime dans la réception d'informations de la part de l'enfant, dans le fait d'être porteuses de ces informations auprès des soignants et dans le fait de garantir les conséquences du traitement de l'information pour l'enfant.

Plusieurs modules ont été créés.

Le premier porte sur la connaissance spécifique des besoins de l'enfant hospitalisé et de sa famille.

Le deuxième concerne l'apprentissage de la communication chez l'enfant, de ses modes d'expression et du décodage qui lui est nécessaire.

Le troisième porte sur les conditions à offrir pour permettre la communication chez l'enfant au départ du support de l'animation.

Le quatrième porte sur l'apprentissage du travail en interdisciplinarité au sein de l'équipe soignante (spécificités et limites de chaque fonction, espace de complémentarité autour de l'enfant et de sa famille,...)

Cette formation est centrée principalement sur les cas cliniques rencontrés par les animatrices dans le cadre de leurs activités professionnelles. Un processus d'intervision-supervision est mis en place parallèlement de manière à permettre l'expérimentation et l'application des compétences acquises dans les formations et ce, sous deux formes distinctes, individuelle à la demande et collective de manière programmée. Comme pour toute nouvelle fonction qui voit le jour, l'animatrice est en effet confrontée à des difficultés de trouver ses repères, de définir ses limites, de légitimer son rôle.

L'implantation de ces changements et leur évaluation sont en cours de réalisation. Une première analyse des effets sera disponible dans le courant de l'année 1998.

Conclusion

La formation spécialisée des pédiatres et des infirmières pédiatriques témoigne de la spécificité de la prise en charge d'un enfant malade à l'hôpital. En effet, la réalité de l'accompagnement d'un enfant malade est double pour les soignants : soigner l'enfant et accompagner les parents. Cette double réalité est indissociable et nécessite de la part des soignants l'adaptation à de nouvelles exigences, l'acquisition de nouvelles compétences et l'implantation de nouvelles modalités de fonctionnement.

L'intérêt porté ces dernières décennies à la mesure de l'impact de l'hospitalisation sur l'enfant et sa famille a mis en évidence la difficulté que celle-ci représente pour ces acteurs. L'hos-

pitalisation est un moment de ruptures successives, vécues de manière juxtaposée et présentant par définition, peu d'alternatives. Ces différentes ruptures sont incontournables mais peuvent néanmoins être atténuées par une prise en charge intégrant les attentes de ces différents acteurs.

Les propositions d'activités développées par les services hospitaliers pédiatriques sont nombreuses. L'apparition et le développement d'initiatives telles que l'école à l'hôpital, les ateliers et activités créatives, les différentes animations proposées sont autant d'occasions pour l'enfant de modérer ces ruptures et d'agrémenter l'expérience de l'hospitalisation.

L'analyse des difficultés rencontrées par les différents acteurs concernés par l'hospitalisation indique que ces activités présentent un caractère de nécessité tout en étant cependant insuffisantes à optimiser les conditions d'accueil et de prise en charge.

Les attentes exprimées par les parents portent surtout sur les modalités d'accompagnement des familles et sur la capacité de les intégrer dans les soins prodigués à leurs enfants. Les exigences liées au développement des nouvelles thérapeutiques ainsi que les politiques de réduction de la durée de l'hospitalisation concourent à justifier ces attentes.

Les parents deviennent des acteurs à part entière dans la prise en charge de la maladie et des traitements à domicile. Cette fonction nouvelle nécessite un minimum d'informations et de formation que seule l'hospitalisation peut rendre possible. L'hôpital se voit confier une nouvelle mission: devenir le lieu d'apprentissage pour les parents dans la gestion de la maladie et des traitements, en offrant les conditions et l'environnement favorables à celui-ci. D'une mission essentiellement curative, l'hôpital devient un lieu privilégié de promotion de la santé telle que le définit la Charte d'Ottawa (OMS, 1986).

Cette orientation ne sera possible qu'en réservant une place privilégiée aux patients et à leurs familles, tant dans la définition des problématiques qu'ils rencontrent que dans les solu-

tions qui permettront de les résoudre.
Claude Renard*, **Paul Malvaux**** et **Alain Deccache***

*Unité d'Education pour la Santé, RESO-UCL, Bruxelles

** Département de Pédiatrie, Cliniques UCL St Luc, Bruxelles

Cette recherche est soutenue par le Ministère de la promotion de la santé de la Communauté française de Belgique et par la Fondation St-Luc.

Bibliographie

1. Ministère des Affaires sociales, Administration des Etablissements de soins, Bruxelles, 1997.

2. Actes du colloque intitulé "Le bien-être de l'enfant à l'hôpital, une volonté partagée", édités par Madame Laurette ONKELINX, Ministre-Présidente de la Communauté française, Bruxelles, 1995.

3. RENARD C, MEREMANS P., DECCACHE A., Enquête réalisée dans le cadre de l'étude portant sur les conditions d'optimisation de la prise en charge des enfants hospitalisés : rapport au Ministère de la Communauté française, UCL-RESO, Juin 1996, 48 p.

4. MILES L., The emergence of sick children's nursing : Part one : sick children's nursing before the turn of the century. Nurse Education Today, 6(2), pp 82-97, 1986.

5. ARIES P., L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime, Paris, Le Seuil, Coll Points, 1973.

6. ROSSANT L., L'hospitalisation des enfants, Paris, P.U.F., Coll Que Sais-je?, 1984.

7. BOWBLY J., Child care and the growth of love, Penguin, Hardmondsworth, 1953.

8. ROBERTSON J., Young children in hospital, 2nd edn. Tavistock, London, 1970

9. FREUD A., les enfants malades, Editions Privat, Toulouse, 1976.

10. RENARD C., La famille comme partenaire ou comment enrichir un projet d'éducation du patient, Mémoire UCL-RESO, 1992, p. 162.

11. DOLTO F., Psychanalyse et pédiatrie, Collection Points, Editions du Seuil, Paris, 1971, 282 p.

BRUN D., L'enfant donné pour mort, les enjeux psychiques de la guérison, Bordas, Dunod, Paris, 1989, 237 p.

BERGMANN T., FREUD A., Les enfants malades, Introduction à leur compréhension psychanalytique, Editions Privat, Toulouse, 1988, p. 202.

12. BARBIER R., La recherche-action, Ed Economica, Coll Anthropos, 1996, p. 112.

13. DECCACHE A., La compliance des patients aux traitements des maladies chroniques : approche éducative globale, thèse de doctorat en Santé Publique, UCL, 1994, p. 327.

MAGNIFICAT S., GUILLAUD-BATAILLE JM, DAZORD A., La qualité de vie chez l'enfant atteint de maladie chronique. Revue de la littérature et aspects conceptuels. Pédiatrie, 1993, 7/8, pp 519-527.

BERNARD-BONNIN AC, PELLETIER H., ALLARD-DANSEREAU C., CHABOT G., ROBERT M., MASSON P., MAHEUX B., ROBITAILLE N., Connaissance des parents d'enfants asthmatiques, Pédiatrie, 1991, 46, pp 489-497.

DARBYSHIRE P., Parents, nurses and paediatric nursing : a critical review, Journal of Advanced Nursing, 1993, 18, 1670-1680.

14. SCHOEVAERDTS J.C., L'information pré-opératoire : contacts humains et plan d'enseignement, BEP, 1984, n° 2, p 5-8

ANTOINE F., Humaniser le séjour de l'enfant à l'hôpital : réflexions personnelles, BEP, 1995, Vol 14, n° 2-3, pp 13-14.

KAIN Z.N., MAYES L.C., O'CONNOR T.Z., CICHETTI D.V., Preoperative anxiety in children, predictors and outcomes, Arch Pediatr Adolesc Med, 1996, Vol 150, pp 1238-1245.

15. GINSBURG KR., SLP GB., Unique needs of the teen in the health care setting, Curr-Opin-Pediatr, 1996, 8 (4), pp 333-337.

Actes des Villes journées nantaises des soins en pédiatrie, "L'adolescent", AEMF, Aide à l'enfant malade et à sa famille, en collaboration avec la Fondation de France, 1994.

Les Ecoles Promotrices de Santé

Un investissement pour l'éducation, la santé et la démocratie

Un titre ambitieux et un programme non moins prometteur pour la Première Conférence Internationale des Ecoles Promotrices de Santé qui se déroulait à Thessalonique au début du mois de mai. L'événement avait pour objectif de sensibiliser les gouvernements nationaux à la nécessité d'un tel réseau, à tout ce que l'école gagne en cohérence, en humanité et en bien-être, lorsqu'elle est invitée à conjuguer préoccupations pédagogiques et éducation pour la santé... Dès lors, pour satisfaire à cet objectif plutôt téméraire, chaque coordinateur national avait emporté dans ses bagages des représentants des ministères de la santé et de l'éducation.

En tant que coordinateur du R.E.E.S en Belgique francophone, nous n'avons pas eu trop de difficultés, au service Education pour la Santé de la Croix-Rouge, pour que l'Administration de la Santé nous délègue un représentant. Monsieur Jean-Luc Noël était donc de la partie. Par contre, c'est après maints rebondissements que Monsieur Luc Legros, inspecteur d'éducation physique nous a accompagnés pour représenter l'Education.

Ces péripéties qui ont finalement trouvé un "heureux" dénouement, témoignent néanmoins du chemin qu'il reste à parcourir pour que l'intérêt porté par le secteur de l'Education au R.E.E.S et à l'éducation pour la santé en général, soit, disons-le, plus "naturel". Nous ne doutons cependant pas qu'un progrès dans ce sens ait été accompli à Thessalonique...

Au menu de la rencontre...

Mais quel était le menu de cette rencontre grecque? Débats et exposés en plénière, ateliers plus ou moins interactifs et stands d'exposition étaient les ingrédients classiques de la rencontre. Dès lors, il revenait aux acteurs et aux organisateurs de la cérémonie d'en faire un événement riche et original. Et à plusieurs occasions, la mission était réussie! Ainsi, la première série d'ate-

liers était prise en charge par les coordinateurs du Réseau et portait sur des sujets aussi variés que: "l'implication des parents et de la communauté", "la recherche et l'évaluation au sein de l'école promotrice de santé", "la collaboration internationale"... Une dizaine de thématiques étaient approchées.

Accent belge: la participation des élèves!

Pour notre part, avec nos collègues gallois, néerlandais, polonais, norvégiens et sous la direction du coordinateur danois, nous animions un atelier portant sur la participation des élèves. Concept sur lequel nous avons toujours insisté au sein des écoles belges du réseau, il est aussi un élément essentiel qui préside à la réussite d'un projet d'éducation pour la santé.

Ainsi, parce qu'au-delà de la participation des élèves, il ouvre les portes à la santé relationnelle, à l'éducation par les pairs, et au principe de démocratie à l'école, nous avons choisi de parler d'un espace de communication créé à l'Institut Sainte-Marie de Seraing. Ecole du Réseau depuis 1993, l'Institut technique et professionnel fait preuve d'une implication remarquable et très aboutie dans le Réseau. Cela en dépit (ou grâce à...) d'une implantation dans un milieu très défavorisé et avec une population dite "difficile", mais avec toute l'énergie d'une équipe de projets soudée et complémentaire (enseignante, infirmière, psychologue, éducateur). Le local baptisé P(riorité) J(eunesse), est géré par les jeunes: on y organise des débats, on y mange, on y rencontre quelques profs, on vient s'y faire aider par les aînés... Tout simplement: on s'y rencontre, sous l'oeil attentif et complice d'un éducateur particulièrement apprécié des élèves.

En exposant ce cas exemplaire, nous avons été agréablement surprises de voir les questions des participants (enseignants, élèves, parents, chercheurs, représentants institutionnels...) fuser en tous sens. Des aspects financiers à la gestion des relations, en passant par l'organisation au quotidien, c'était un plaisir pour nous de montrer qu'une telle initiative (à force d'énergie et de

compétences) peut devenir réalité et correspond aux besoins des élèves.

A nos côtés, le journal créé et géré par de jeunes Hollandais, l'implication d'étudiants gallois dans un programme de prévention des toxicomanies, la participation d'écoliers danois à un projet concernant l'ensemble de la communauté, ou encore le système de délégués de classe présenté par la coordinatrice polonaise, ont offert une déclinaison nuancée du concept de participation des élèves.

D'autres ateliers étaient pris en charge par des organisations non gouvernementales. Ainsi, nous avons eu la chance de participer à l'atelier animé par Gay Gray, chercheuse à l'Université de Southampton et co-auteur du manuel de formation européen portant sur la santé mentale et émotionnelle. Basé sur l'interaction, la coopération et la discussion, le moment a été riche en échanges et a donné vie aux termes "participation", "motivation", "valeurs", "aptitudes", présents dans les critères d'une école en santé...

Les écoles en santé s'exposent

L'exposition qui rassemblait des stands des pays membres du R.E.E.S était variée en couleurs (locales) et donnait un aperçu de l'interprétation parfois surprenante des critères d'une école en santé. Un vrai chaos d'affiches, de photos, de publications et d'initiatives mais un plaisir unique de se rencontrer et de partager.

Un réseau européen qui se porte bien

Nous avouerons que nous avons généralement boudé les séances plénières. En passant, nous avons néanmoins glané quelques paroles du rapporteur de la conférence Richard Parish (Sheffield Hallam University).

Faisant le point sur le réseau il citait d'abord quelques chiffres: 40 pays européens, 400.000 élèves, 8.000 à 10.000 professeurs, 500 écoles et 2.000 écoles additionnelles associées au travers d'échanges et d'arrangements nationaux. Nous étions plutôt impressionnées, d'autant plus qu'il a ajouté que dans les écoles membres