Brèves

Alcool
Mons
9 juin 1994

Journée d'études sur le thème "Alcoologie: perception, prévention, traitement", organisée par la Direction Générale des Affaires Sociales de la Province du Hainaut. Elle aura lieu de 9 h à 16h30 aux Ecoles Provinciales de Nursing, Bd Kennedy 2a, 7000 Mons.

Renseignements: Francine Brigode, D.G.A.S., 071/44.72.53.

Toxicomanie
Trazegnies
10 juin 1994

Projet "Prévention toxicomanies" du Lycée de la Communauté française. L'après-midi sera consacrée à la présentation de travaux d'élèves, et à 17h30, il y aura une conférence pour les étudiants, parents et toutes personnes désireuses de s'informer sur le sujet (entrée gratuite).

Renseignements: Madame Demasy, Lycée de la Communauté française, Place Larsimont, 6183 Trazegnies. Tél.: 071/45.03.56.

Télémédecine
Liège
11 juin 1994

Une table ronde sur le thème "De la biotélévigilance à la télémédecine: aspects psycho-médico-sociaux".
Elle se déroulera à la Galerie des Arts, au Sart-Tilman.
Au programme:
9h30 Accueil
Allocutions de Madame De Galan et Monsieur Pire
10h
Première partie, sous la présidence du Professeur Reginster-Haneuse.
- Considérations générales sur le télémédecine, par P. Bartsch
- Télésurveillance des grossesses compliquées, par H. Thoumsin
- Télésurveillance du rythme cardiaque foetal, par A. Denoël
- Biotélévigilance et télémédecine, le rôle des médecins généralistes et des centres de coordination des soins à domicile, par P. Dirick
- Projet MELISSA, la télématique: un service de la prise en charge des problèmes de dépendance à domicile, par P. Pilichowski (France)

14h
Seconde partie, sous la présidence du Professeur Kuty
- La protection des droits et des libertés des citoyens âgés, par N. Delpérée
- Aspects éthiques de la biotélévigilance et de la télémédecine, par G. Henrard
- L'expérience du réseau Télé-Alarme en Belgique, par E. Hock-Fuhrer

Renseignements: Projet Liège Province Santé de l'OMS, Quai du Barbou 4, 4020 Liège. Tél.: 041/44.79.00.

Assuétudes - Adolescents
La Madeleine (F)
13 au 17 juin, 18 novembre 1994

Stage "La prévention des toxicomanies à l'égard des jeunes: comment leur en parler". Contenu: les jeunes (aspects psychologiques); les jeunes et leur environnement (famille, amis); les toxicomanies et leurs causes; les possibilités et limites d'une prévention. Coût: 2.500 FF.
Renseignements: Comité régional d'éducation pour la santé (C.R.E.S.), Loïc Cloart (psychologue), Immeuble Perinor, rue Jeanne Maillotte 4 à 6, F-59110 La Madeleine, tél. 20.74.85.30.

Médicament
Paris (F)
13 au 17 juin 1994

Stage de formation "Médicaments et santé". Contenu: le concept de santé - mauvaise santé et maladie; les médicaments: des produits complexes; le découpage d'une information sur les médicaments; choix de méthodes et d'outils pédagogiques appropriés. Public cible: professionnels du secteur médico-social. Coût: 4.200 FF.
Renseignements: Santé et Communication, rue de Charonne 153, F-75011 Paris, tél. 43.56.25.15, fax 43.70.34.85.

Bioéthique
Bruxelles
30 juin, 1er juillet 1994

Colloque "L'Europe et les enfants de la procréatique". Public cible: professionnels interpellés par la bioéthique, consommateurs potentiels ou effectifs des techniques de procréation médicalement assistée...
Renseignements: Centre des Nouvelles Parentalités, rue Crickx 48/1, 1060 Bruxelles, tél. 02/538.61.05.

Education pour la santé
Paris (F)
19 au 23 septembre 1994

Stage de formation "Santé et prévention au niveau local: conduite de projets". Contenu: médecins dans la prévention - au-delà du suivi et des soins, quelle place, quel rôle?; besoins de santé de la population - des indicateurs vers le choix des priorités; mise en place d'une action de santé et choix des partenaires; élaboration et choix d'une stratégie d'intervention. Public cible: médecins, acteurs de prévention, cadres d'action sociale. Coût: 4.200 FF.

Renseignements: Santé et Communication, rue de Charonne 153, F-75011 Paris, tél. 43.56.25.15, fax 43.70.34.85.

Soins à domicile
Maastricht (Nl)
6 et 7 octobre 1994

Deuxième Congrès européen sur les aides et les soins à domicile.

Renseignements: Association européenne d'Organisations d'aides et de soins à domicile, avenue Adolphe Lacomblé 69, 1040 Bruxelles, tél. 02/739.35.11, fax 02/739.35.99.

Formation

L'Association des Praticiens en Psychologie Appliquée (A.P.P.A.) propose pour la cinquième fois son dossier consacré aux "Formations complémentaires pour psychologues, pédagogues, travailleurs sociaux, éducateurs, enseignants..."

Il comprend une cinquantaine de pages et présente plus de 150 formations complémentaires dans des domaines aussi variés que l'analyse systémique, la psychomotricité, l'éducation pour la santé, la prévention des drogues et du sida, la gestion des ressources humaines, etc.

Ce dossier est disponible au prix de 250 FB port compris, en versant ce montant au compte 001-2034888-01 de l'A.P.P.A., rue H. Marchal 17, 1050 Bruxelles (indiquer "dossier 94").

Pour des renseignements plus précis: A.P.P.A., Résidence Bois de Courrière 1, 7100 Besonrieux. Tél. 064/54.83.39, après 17 heures.

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.

Education SANTE

JUIN 1994 88

Réflexions

L'approche judiciaire en évaluation
par *Muriel Monoyer, Marie-Christine Miermans et Michel Demarteau,*
p. 7

La prévention, côté soignants - côté patients
par *Valérie Delpierre et Jean L[illegible]rche,*
p. 9

Les pratiques en éducation pour la santé
par *Mohammed Ouslikh, Madeleine Moulin et Anne Herscovici,*
p. 14

Initiatives

La santé, cela s'apprend aussi socialement
par *Christian De Bock,*
p. 24

[illegible]hylaxie du stress
par *Philip Degand et Pierre Ramaut,*
p. 24

Promotion de la santé à Bruxelles
p. 28

Entraide

"A l'eau? Ici l'entraide"
p. 31

Prévention sida

Décollage du "Flying Condom"
p. 34

photo Zafar

Handicap et santé, le nouveau service agréé

p. 3

UN MENSUEL AU SERVICE DES INTERVENANTS FRANCOPHONES EN EDUCATION POUR LA SANTE - (NE PARAIT PAS EN FEVRIER ET EN JUILLET) ISSN 0776-262

Edito

Professionnels et amateurs

Nous vous présentons aujourd'hui de façon détaillée le dernier en date des 19 services aux éducateurs agréés par la Communauté française de Belgique. Les responsables de "Handicap et santé" (aux Facultés Notre-Dame de la Paix à Namur) nous précisent leur conception du handicap et ce que peut recouvrir la promotion de la santé relative à ce public "défavorisé". Ils décrivent également leurs missions officielles et vous disent ce que vous pouvez attendre de ce nouveau partenaire.

Au moment où le secteur se voit ainsi renforcé par un service (très) spécialisé, malgré des moyens financiers en diminution par rapport aux années précédentes, il est d'autant plus intéressant de connaître les sentiments d'acteurs du terrain, travaillant dans des institutions non agréées pour ce genre d'activités, à l'égard de ce mouvement irrésistible de professionnalisation.

Avec Mohammed Ouslikh, Madeleine Moulin et Anne Herscovici, nous effectuons une longue plongée dans l'éducation pour la santé au quotidien, où s'expriment à merveille un énorme désir de bien faire, un enthousiasme qu'on ne retrouve pas toujours dans les services subventionnés, mais aussi des angoisses, des interrogations, une certaine rancoeur parfois.

Un texte passionnant, que nous empruntons aux actes du colloque "L'éducation pour la santé. Quelle(s) éthique(s)?", d'octobre 91, et encore d'actualité deux ans et demi plus tard.

Si services agréés et non agréés ne sont pas toujours sur la même longueur d'onde, que dire alors des soignants et des soignés? Valérie Delpierre et Jean Laperche résument pour nous une enquête sur la perception de la prévention par les personnels et les patients d'une série de maisons médicales. Il y a plus que des nuances entre les uns et les autres!

Accusez, levez-vous!

Rassurez-vous, nous ne ferons pas ici le procès de l'une ou l'autre institution, comme cela nous arrive parfois. A partir d'un exemple pris dans le domaine de la prévention du tabagisme, Muriel Monoyer, Marie-Christine Miermans et Michel Demarteau nous présentent une technique originale et vivante d'évaluation, l'approche judiciaire, calquée sur ce qui se passe dans les prétoires.

Signalons aussi dans le cadre de la rubrique "Entraide" l'édition 94 de l'inventaire des groupes de self-help actifs en Communauté française. Une initiative du service Promotion de la santé des Mutualités Socialistes, qui en profite pour renouveler son look. Le résultat est convaincant!

Le mois prochain, Education Santé fait relâche. Je vous souhaite donc d'ores et déjà de bonnes vacances, et vous donne rendez-vous dès le mois d'août pour un numéro au parfum international. C'est le moins que nous puissions faire en cette période estivale...

Christian De Bock, rédacteur en chef

Réalisation et diffusion: Infor Santé, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS.
Rédacteur en chef:
Christian De Bock.
Conseiller de la rédaction:
Jacques Henkinbrant.
Secrétaire de rédaction:
Bernadette Taeymans.
Secrétaire de rédaction adjoint:
Anne Fenaux.
Rédaction, documentation, abonnements:
Maryse Van Audenhaege.
Comité de rédaction:
Pierre Anselme, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Michel Demarteau, Anne Fenaux, Jacques Henkinbrant, Geneviève Houioux, Roger Lonfils, Vincent Magos, Thierry Poucet, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Eric Vandersteenen.
Editeur responsable:
Edouard Descampe.
Maquette:
Philippe Maréchal.
Mise en page, photogravure et impression: Economat ANMC.
Tirage: 2.500 exemplaires.
Diffusion: 2.200 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).

Acquisitions

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

Livres

SECOURISME
Paré à toute épreuve. Manuel du Junior Secouriste, Croix-Rouge de Belgique, Bruxelles, 1993, 83p., acs18
Paré à toute épreuve. Manuel du Junior Secouriste (Guide pédagogique), Croix-Rouge de Belgique, Bruxelles, 1993, 34p., acs19

SELF HELP
Le guide de l'enfant à l'hôpital, Fondation S, Bruxelles, 1993, 105p., ssh04

SEXUALITE
BADINTER E., XY de l'identité masculine, Paris, Ed. Odile Jacob, 1992, 315p., 130FF, sex09

SERVICE DE SANTE
BERGHMANS L., LEVEQUE A., PIETTE D., Médecins généralistes, prévention et éducation pour la santé, PROMES ULB, Bruxelles, Santé Pluriel, n°12, 1993, 24p., ssa60

SIDA
Enfants infectés par le VIH ou malades du sida à la crèche, au jardin d'enfants et à l'école, diff. Agence Prévention Sida / ONE (Départ. Instruction Publique & Conseil de l'Education Canton de Zurich), Bruxelles, 1993, 40p., psi21
HUBERT M., MARQUET J., et al., Comportements sexuels et réactions au risque du sida en Belgique. Premiers résultats de l'enquête nationale..., Centre Etudes Sociologiques Facultés Universitaires Saint Louis, Bruxelles, 1993, 203p., psi22
Epidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31/12/92, Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie - section épidémiologie, Bruxelles, 1993, 44p., psi23
La prévention du sida auprès des adolescents, C.R.I.P.S., Paris, 1993, 142p., 30FF, psi24
Les infirmières face au sida, C.R.I.P.S., Paris, 1993, 197p., 30FF, psi25

SOMMEIL
GAILLARD J.M., L'insomnie, Paris, Ed. Flammarion, 1993, (Dominos; n°5), 125p., smr29

STRESS
CARNEGIE D., Comment dominer le stress et les soucis, Paris, Ed. Flammarion, 1993, 215p., sms09

TROISIEME AGE
WATTIEZ MANGELINCKX A., Le senior nouveau est arrivé, LLN, Ed. Quorum, 1993, 201p., vit36
PETIT B., MARTEAU D., Ajoutez de l'aplomb aux années, I.E.I.A.S., Marcinelle, 1993, 96p., vit37
Vieillissement et santé, Haut Conseil Population et Famille, Paris, La Documentation française, 1992, 107p., 75FF, vit38

Matériel

ACCIDENT DOMESTIQUE
Halte aux brûlures. Conseils et remèdes pour nos enfants, ONE, Bruxelles, 1993, 16p., brochure, acd38
Le danger invisible, Secrétariat d'Etat Région Bxl Capitale, Bruxelles, 1993, dépliant, acd39

ALIMENTATION
L'alimentation. Une question d'équilibre, Croix-Rouge de Belgique, Bruxelles, affiche, ali60
Tous à table avec nos aînés, ICAN, Liège, 1993, 40p., brochure, ali61
Tous à table avec nos aînés, ICAN, Liège, 1993, dépliant, ali62
Bon appétit à vous aussi!, Union européenne des Pharmacies Sociales diff. Ophaco, 1993, dépliant, ali63
MAREE M., L'alimentation des personnes âgées, Union européenne des Pharmacies Sociales diff. Ophaco / ICAN, 1993, 28p., brochure, ali64

ALLERGIE
Allergie aux acariens, UCB Institute of allergy, Bruxelles, dépliant, pal11

ANATOMIE/PHYSIOLOGIE
Le sang, Croix-Rouge de Belgique, Bruxelles, 1993, 31p., 20FB, brochure, hya07

CANCER
Douleur et cancer, Association contre le Cancer, Bruxelles, 1993, dépliant, pca43

ENFANT
L'enfant et la rentrée des classes, Club Pharmaceutique d'Education pour la Santé, Châtenay-Malabry, Info Santé, n°168, 09/93, dépliant, vie19

ENVIRONNEMENT
A bon entendeur..., Infor Santé ANMC, Bruxelles, 1993, dépliant, env06

EXERCICE PHYSIQUE
Sports en jeux. Bouger c'est la santé, Centre Coopératif de la Consommation, Bruxelles, 1994, dépliant, aph16
Sports en jeux. Prévenons les accidents sportifs, Centre Coopératif de la Consommation, Bruxelles, 1994, affichette, aph17

FEMME
Prévenir l'ostéoporose, Infor Santé ANMC, Bruxelles, 1993, dépliant, vif06

HYGIENE BUCCO-DENTAIRE
Les dents sont les perles du sourire. Conseils pratiques de santé buccodentaire, ONE, Bruxelles, 1993, brochure, hyb33
Pour avoir de belles dents, ONE, Bruxelles, 1993, affiche, hyb34

MALADIE
Les troubles digestifs, Club Pharmaceutique d'Education pour la Santé, Châtenay-Malabry, Info Santé, n°170, 11/93, dépliant, pat43
La douleur, Club Pharmaceutique d'Education pour la Santé, Châtenay-Malabry, Info Santé, n°172, 02/94, dépliant, pat44

SANTE
Bonne année, bonne santé! La santé c'est capital, Cabinet Ministre Présidente CF, Bruxelles, 1994, calendrier, san14

SERVICE DE SANTE
La visite médicale, CFES, Paris, Bayard Presse, Astrapi, n°366, 01/94, brochure, ssa20

TABAGISME
Fuyons... ils fument. Le tabac des grands nuit à la santé des petits, ONE / Oeuvre belge du Cancer, Bruxelles, 1993, affiche, ast49
Fuyons... ils fument. Le tabac des grands nuit à la santé des petits, ONE / Oeuvre belge du Cancer, Bruxelles, 1993, dépliant, ast50
Maman fume, Oeuvre belge du Cancer, Bruxelles, 1993, affichette, ast51

Europe contre le sida

Une campagne de prévention au grand pays des Douze

Voilà l'été! Voilà les vacances! Le temps des voyages et des rencontres. Pour les organismes de prévention du sida, c'est le moment de mettre l'accent sur la prévention de la transmission sexuelle du virus.

Chaque été, des millions de jeunes Européens parcourent les sentiers de la découverte, de l'aventure aux quatre coins du vieux continent; sentiers propices aux nouvelles rencontres amoureuses qui conduisent parfois aux relations sexuelles avec de nouveaux partenaires. Dans les bagages, pas de soucis, pas de contraintes,... Parfois, les gestes de prévention sont aussi restés au pays. Et même si les bonnes résolutions sont prises, elles ne se traduisent pas toujours dans toutes les langues.

C'est pourquoi l'Agence de Prévention du Sida, en collaboration avec la Commission Européenne, lance une campagne de prévention dans toute l'Europe. Pour s'adresser à tous les voyageurs de tous ces pays, le Danois à Florence, la Française sur une île grecque, l'Italien à Amsterdam, l'Allemand à la Costa Brava, cette campagne vise à diffuser un message visuel compréhensible par tous, sans parole, sans écrit. Un petit clin d'oeil qui invite à en parler.

Depuis l'été 1992, "Justin et Olive à cheval sur un préservatif vers la planète coeur" sont toujours en route. D'après notre évaluation effectuée à la fin de l'été passé, ce visuel semble bien accepté et bien compris par le public. Pour une grande majorité des personnes interrogées, ce visuel rend le préservatif sympathique, incite à l'utiliser et montre que le bout de caoutchouc n'est pas forcément un obstacle au sentiment amoureux.

Rebaptisés *"Flying Condom"* , les deux amoureux en route vers la planète coeur s'aventureront, sous les douze bonnes étoiles, vers les destinations touristiques de l'Europe. Leurs moyens de transport ne sont autres que des brochures d'information "Passeports", des affiches, des autocollants, des spots TV et radio, des T-shirts,... Cette diffusion est soutenue par la collaboration des associations de prévention de chacun des douze pays plus la Suisse et l'Autriche.

Neuf dessins en neuf langues pour familiariser au préservatif

En collaboration avec un organisme français IPS -Intervention et Politique Sociale- rassemblant des membres de six pays (France, Espagne, Italie, Pays-Bas, Portugal et Belgique), une brochure de sensibilisation à l'utilisation du préservatif a été imaginée en commun. Le "Passeport contre le sida" met en scène des situations de vacances où la prévention du sida se pose. Croqués par le dessinateur liégeois Pierre Kroll, chaque dessin et ses dialogues traduits dans une des neufs langues européennes abordent les freins de l'utilisation du préservatif exprimés par les jeunes et proposent des solutions: comment en parler à son partenaire, comment contourner sa réticence, ne pas se fier à l'apparence "bonne santé" du nouveau compagnon, utiliser le préservatif comme gadget d'approche, dépasser la crainte de l'achat du préservatif, imaginer le préservatif en tant que preuve d'amour plutôt que signe de méfiance. En dédramatisant l'usage du préservatif et en proposant des petits trucs pour en parler, le Passeport accompagné de son préservatif vise à favoriser la communication entre jeunes sur le thème de la prévention du sida.

Ce passeport tiré à deux millions d'exemplaires sera diffusé par les Auberges de Jeunesse européennes, par les magazines "Cartes jeunes" existant dans neuf pays (Luxembourg, Pays-Bas, Espagne, Italie, Royaume-Uni, Suisse, Portugal, Slovaquie et Belgique) et sera distribué, durant tout l'été, lors de toutes les manifestations de loisirs en Belgique.

Le 12 juin, c'est aussi l'Europe contre le sida

Cette campagne de prévention au niveau européen sera lancée le 12 juin, date des élections européennes. Car l'Europe se construit aussi par la diffusion d'un message de prévention commun. Au Cinquantenaire (Bruxelles) dès 14h, un événement symbolique témoignera de cette mobilisation. La campagne sera inaugurée par l'envol d'un cerf-volant géant de 30 mètres. De multiples animations rythmeront l'après-midi: saut à l'élastique, exhibition de tennis de table par Jean-Michel Saive et de basket-ball par "Basket en liberté", tandis que le soir, un grand bal rassemblera des milliers de jeunes.

Soyez des nôtres! ■

Jo

La Fondation pour la Vie, cela ne vous dit peut-être plus grand-chose. Par contre, vous connaissez sûrement la bande dessinée "Jo" réalisée par Derib, ce récit destiné aux jeunes de 14 à 20 ans afin de les sensibiliser au sida. Pour atteindre son but, l'album présente la maladie au travers d'un jeune couple, Jo et Laurent: la jeune fille meurt à la fin, mais tout finit sur une note d'espoir.

Un dossier d'information complète la bande dessinée afin de répondre aux questions les plus fréquentes posées par les jeunes.

Depuis 1991, plus de 117.000 exemplaires de la bande dessinée ont été diffusés en Belgique par la Fondation pour la Vie, ce qui est assez remarquable.

Grâce à des fonds privés et publics, la Fondation a pu poursuivre l'édition de cette bande dessinée, qui est à nouveau disponible. Elle est distribuée gratuitement aux enseignants qui en font la demande, dans le cadre d'une animation. Un document présentant des pistes d'animation a été réalisé en collaboration avec l'Agence de Prévention Sida dans ce but.

Pour les plus de 20 ans, la bande dessinée est disponible au prix de 500 francs, en guise de soutien à l'action.

Pour tout renseignement: Fondation pour la Vie, avenue P.H. Spaak 7, 1070 Bruxelles. Tél. et fax: 02/526.68.41.■

Handicap et Santé

Le Département de Psychologie des Facultés Universitaires Notre-Dame de la Paix à Namur investit depuis de nombreuses années dans la problématique de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé des personnes handicapées. Différentes actions (formations, outils, programmes, documentation,...) ont été orientées vers le public des personnes handicapées mentales. De nombreux travaux concernant l'utilisation des outils informatiques pour les personnes handicapées en tant que moyen de réadaptation ou d'éducation ont également été réalisés.

En décembre 1993, le Ministère de la Santé de la Communauté française décide d'octroyer une reconnaissance officielle à l'équipe du professeur M. Mercier et de donner l'agrément et les subsides nécessaires au bon fonctionnement d'un nouveau service aux éducateurs à la santé spécialisé dans la problématique du handicap et baptisé "Handicap et Santé". Cette reconnaissance permettra l'élargissement des réalisations, du public, des problématiques,...

Le handicap: une notion à préciser

Le terme "handicap", dans l'appellation du service, aurait pu être mis au pluriel: notre volonté est de mener une approche globale des problèmes variés posés par les handicaps. Le handicap recouvre en effet des réalités diverses. Il suffit pour s'en rendre compte, de se remémorer quelques-unes des catégories usuelles dans le domaine: déficiences mentales, déficiences de fonctions gnosiques et praxiques (agnosie, apraxie, acalculie), déficience du langage et de la parole, déficiences auditives, visuelles, déficiences physiques (du squelette et de l'appareil de soutien),...

Il est important de clarifier quelques concepts, souvent confondus: handicaps, **déficience**, incapacité, désavantage. Dans le domaine de la santé, la déficience est caractérisée par des pertes de substance ou des altérations d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique qui peuvent être provisoires ou définitives. La déficience comprend l'existence ou l'apparition d'anomalies, d'insuffisances et de pertes concernant un membre, un organe, un tissu ou une autre structure de l'organisme y compris la fonction mentale. Elle correspond donc à une norme biomédicale et se situe comme la conséquence d'une maladie ou d'un trouble.

L'**incapacité** correspond à la réduction, partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité, d'une façon considérée comme normale pour un être humain. Les changements peuvent être temporaires ou permanents, réversibles ou non, progressifs ou régressifs. L'incapacité résulte d'une déficience.

Le **désavantage** social résulte, pour l'individu soit d'une déficience (esthétique, par exemple) soit d'une incapacité. Il correspond à un état qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle social normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels). L'évaluation du désavantage dépend des normes culturelles. Une personne, tout en conservant les mêmes caractéristiques, pourrait être considérée comme ayant un désavantage social dans un groupe socio-culturel déterminé, mais pas dans un autre.

Le **handicap** est un concept plus flou. Il est souvent employé dans un sens global, réunissant les données afférentes à l'ensemble des 3 axes de la classification (déficience, incapacité, désavantage). Cette pluralité de significations risque parfois d'entraîner des confusions. L'intégration des différents concepts peut être schématisée comme une chaîne linéaire d'événements ou d'états.

Cependant, la relation n'est pas toujours linéaire: on peut avoir une interruption de la chaîne à différents endroits. De plus, les degrés d'incapacité et de désavantage ne sont pas nécessairement corrélés et des effets rétroactifs peuvent apparaître.

Pour notre part, à travers l'utilisation du terme "handicap", nous privilégions une vision intégrée sans nous limiter à la déficience. L'aspect du "désavantage" implique une approche psychosociale qui nous paraît fondamentale. Une même déficience dans des cadres socio-culturels différents aura des conséquences différentes et nécessitera des actions différentes.

Appliquer la prévention au domaine du handicap

Notre approche de la santé se situe dans une optique préventive. Dans notre problématique, nous avons retenu deux manières d'envisager la prévention: la prévention du handicap et la prévention des problèmes de santé venant se surajouter au handicap. Pour chacun de ces axes, on peut distinguer, comme on le fait classiquement en fonction du moment d'intervention, une prévention primaire, une prévention secondaire et une prévention tertiaire.

A titre d'exemple de **prévention du handicap**, prenons le cas du handicap mental. La prévention primaire peut consister à mener des actions visant à prévenir le syndrome alcoolique du foetus, les grossesses chez les adolescentes, les naissances de faible poids, les problèmes diététiques,...(figure 2). Une des approches possibles consiste à sensibiliser les populations-cibles aux conséquences possibles de certains comportements du point de vue des handicaps. La prévention secondaire peut consister à pratiquer des dépistages précoces. En prévention tertiaire, des actions peuvent être entreprises, par exemple, au niveau de l'acceptation par l'individu de son

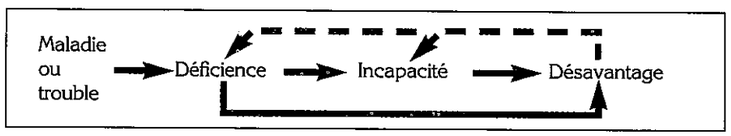


Figure 1: intégration des concepts de déficience, incapacité et désavantage

handicap ou de la réaction des parents, frères, soeurs, au handicap. Les parents ont besoin d'un support psychologique et d'informations détaillées. Par ailleurs, les conséquences du handicap doivent être assumées pour favoriser l'acceptation et le vécu avec un corps déficient et enrayer les chronifications et aggravations. La problématique de l'adaptation et de la réadaptation trouve ici sa place.

Le deuxième axe de travail consiste à envisager la **prévention des problèmes de santé** qui peuvent se surajouter au handicap.

Les problèmes de santé sont nombreux. Comme exemple, pour le handicap mental, nous observons tous les problèmes relatifs à la sexualité, les problèmes d'alimentation, d'obésité, de maigreur, l'abus d'alcool, de tabac et d'autres substances, le manque d'exercice physique, le stress, l'anxiété excessive due à l'isolement, à l'inactivité, à la difficulté d'assumer le handicap. Pour chacun de ces problèmes et selon le moment auquel est effectuée l'intervention, une prévention primaire, secondaire et tertiaire peuvent être envisagées comme pour tout public (figure 3).

Des actions peuvent être menées pour diminuer l'incidence, la prévalence, stabiliser l'état et éviter les rechutes.

L'approche préventive que nous privilégions est la dimension éducative. De nombreux problèmes de santé sont liés au style de vie, aux comportements des personnes ayant un handicap et l'éducation pour la santé a un rôle important à jouer. La littérature montre que les interventions peuvent modifier efficacement les attitudes et les comportements de santé des personnes handicapées et réduire ainsi les problèmes de santé.

Nous souhaitons cependant ne pas limiter notre action à une vue restrictive de l'éducation pour la santé, mais l'élargir à une démarche de promotion de la santé. Rappelons que celle-ci vise à augmenter les déterminants de la santé en développant des aptitudes et des ressources individuelles, mais aussi par l'établissement de politiques visant la santé, en renforçant l'action communautaire, en créant un environnement favorable à la santé et en réorientant les services de santé. Pour

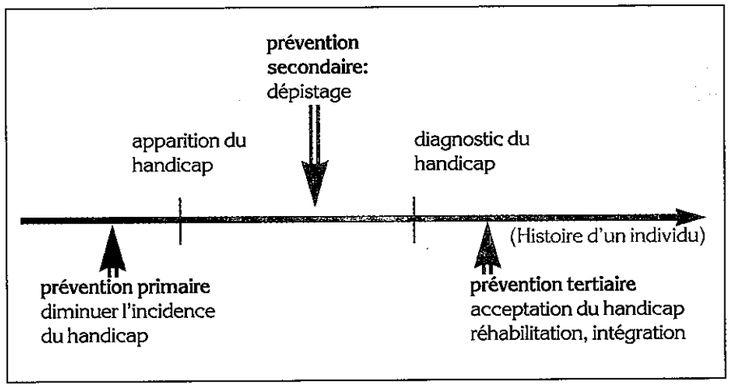


Figure 2: prévention primaire, secondaire et tertiaire du handicap

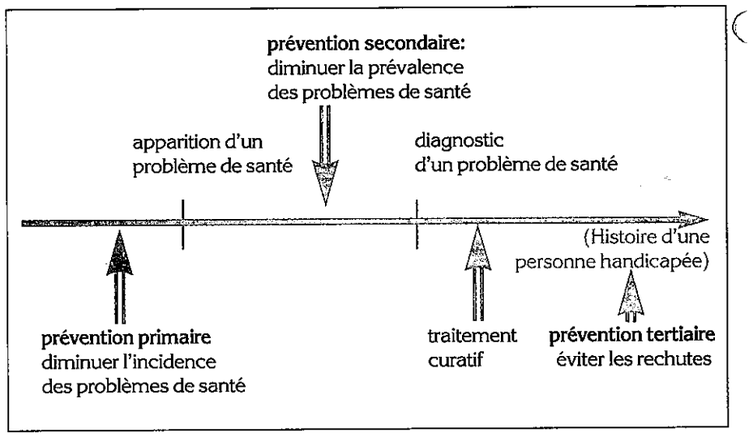


Figure 3: prévention primaire, secondaire et tertiaire des problèmes de santé surajoutés au handicap

les publics souffrant d'un handicap moteur ou sensoriel, la démarche de promotion de la santé, notamment dans son aspect communautaire, peut se révéler très productive.

"Handicap et Santé": quels objectifs?

Par ses missions, Handicap et Santé s'adresse aux personnes du terrain et personnes relais soucieuses d'améliorer leurs activités d'éducation pour la santé.

Ses objectifs généraux comprennent la coordination et la concertation interthématique entre groupes et personnes travaillant dans le domaine du handicap ou s'adressant aux personnes handicapées. Ils incluent le recueil de données, de documents spécialisés, d'outils pédagogiques et didactiques, d'expériences,... en collaboration et complémentarité avec les autres services, en vue de les rendre accessibles aux relais souhaitant s'adresser aux personnes handicapées. Nous proposons également une assistance méthodologique concernant les interventions destinées aux personnes handicapées par une réflexion sur les méthodes, la réalisation de projets pilotes, leur évaluation, ainsi que la mise en place de modules de formation destinés aux relais.

Nous souhaitons rendre compte des expériences existantes, les valoriser, les conceptualiser, les formaliser en fonction de leur intérêt, pour les porter à la connaissance des acteurs qui le désirent.

problèmes de santé y sont repris tels que la diarrhée, l'insolation, les problèmes d'hygiène de l'eau et de l'alimentation,... Conseils simples mais, ô combien précieux, lorsque de tels désagréments nous surprennent loin de notre foyer!

Et puis, en prime, un échantillon d'une pochette express anti-moustiques (sponsor oblige).

Le Passeport Santé est disponible gratuitement dans les agences de voyages, les pharmacies ou sur demande contre un timbre de 16 FB auprès de Question Santé, rue du Viaduc 72 à 1050 Bruxelles (02/512.41.74).■

Les médicaments

Les publications sur le sujet se multiplient ces derniers temps. Voici le tour d'une brochure rédigée par Luk Joossens, qui, non content d'être la bête noire de l'industrie du tabac, met les pieds dans le plat pour faire grincer des dents l'industrie pharmaceutique.

Pourtant, son travail ne vise pas la polémique, il s'agit essentiellement d'une compilation de données recueillies à gauche et à droite. Il en manque encore beaucoup, qui sont jalousement gardées par les producteurs, non par souci de protéger des innovations thérapeutiques, mais d'abord pour des raisons commerciales.

En une quarantaine de pages, l'auteur n'en passe pas moins en revue de nombreux aspects de la question: définitions, consommation, utilisation rationnelle, coût, remboursements, industrie pharmaceutique, publicité et information au corps médical et au grand public, phases, mérites et limites de la recherche, protection des brevets et produits génériques.

Une lecture indispensable pour les animateurs qui abordent régulièrement le thème du médicament. On déplorera seulement la qualité épouvantable de la version française de la brochure, à la traduction bâclée (les nombreux tableaux comportent des fautes qui en rendent parfois la compréhension aléatoire) et mal imprimée. Elle coûte 200 FB, alors que la version néerlandaise, de bonne qualité technique, est vendue 80 FB!

La raison en est sûrement que la version néerlandaise a reçu une aide à la publication de la Communauté flamande. Il n'empêche, le CRIOC aurait quand même pu chercher des partenaires francophones pour que son document soit présentable!

Les médicaments, Luk Joossens, CRIOC, rue des Chevaliers 18, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/547.06.11. Fax: 02/547.06.01.■

Attendre un enfant

Le nouveau dépliant "Info Santé", publié par le Club Pharmaceutique d'Education pour la Santé en France a pour thème la grossesse.

La surveillance médicale, la grossesse et certaines maladies, les petits maux de la grossesse, l'hygiène et la vie quotidienne, toutes les informations utiles y sont rassemblées pour que ces neuf mois d'attente se déroulent en toute quiétude.

Pour rappel, les documents du C.P.E.S. sont diffusés gratuitement dans les pharmacies françaises; on peut aussi les consulter au centre de documentation d'Infor Santé (02/237.48.53).

Info Santé, C.P.E.S., Faculté de pharmacie, rue Jean-Baptiste Clément 5, F-92296 Châtenay-Malabry Cedex.■

N'oubliez pas le grand rendez-vous de la fin de ce mois

3èmes Rencontres Internationales Francophones de Promotion de la Santé

27 juin - 2 juillet, Lille (France)

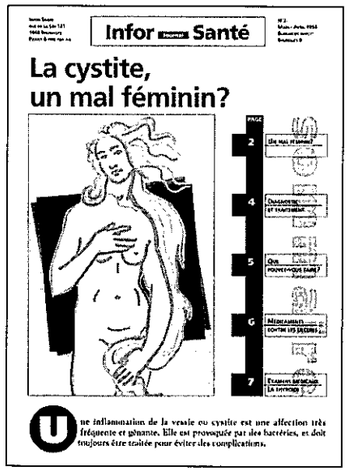
Nous savons déjà que cette importante manifestion sera un succès. Pour compléter votre information (si c'est encore nécessaire), vous trouverez encarté dans ce numéro un poster reprenant les activités des mini-forum, dont l'ambition est de mettre en valeur les initiatives locales. Et l'un d'entre eux se déroule en Hainaut, raison de plus pour aller y jeter un coup d'oeil!

La cystite

Une inflammation de la vessie (cystite) est une affection très fréquente et gênante. Elle est provoquée par des bactéries, et doit toujours être traitée pour éviter des complications.

Le numéro 2 du nouveau Journal Infor Santé, une co-production de l'asbl Question Santé et des Mutualités Chrétiennes, aborde les aspects suivants de cette maladie typiquement féminine (90% des personnes touchées sont des femmes): rappel anatomique, causes de la cystite, symptômes, diagnostic, prévention et traitement.

La revue contient aussi un article sur les médicaments de l'oesophagite et des ulcères, et un autre expliquant les différents examens de la thyroïde.



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

Contraception

Anne et la pilule

La firme Organon propose aux adolescentes une bande dessinée répondant aux questions qu'elles se posent sur la pilule. Le récit, habilement découpé, offre un maximum d'informations en une douzaine de planches. Il est complété par trois pages d'explications plus didactiques.

Evidemment, il s'agit avant tout d'un plaidoyer pour la contraception hormonale, même si l'utilité du préservatif en ces temps troublés est évoquée.

La pilule - les aventures d'Anne, Organon, Avenue Marnix 13, 1050 Bruxelles, tél. 02/518.04.00.

Les méthodes contraceptives

Si "Les aventures d'Anne" visent à l'évidence les ados de la classe moyenne belge, cette seconde brochure, réalisée à partir du travail d'une équipe de femmes dans un centre de planning familial, s'adresse quant à elle principalement à des femmes immigrées.

L'idée était de condenser le plus d'informations possibles à partir des questions, des problèmes rencontrés tous les jours dans les centres de planning.

Les dessins et les textes sont dans la mesure du possible clairs et précis, avec en regard du texte français une traduction arabe.

Cet outil est issu d'une collaboration entre le Groupe Santé Josaphat et l'ASBL Cultures & Santé, qui en assure la diffusion.

Cultures & Santé, avenue de Stalingrad 24, 1000 Bruxelles, tél. 02/513.56.99.■

Prenez votre tension à coeur

La Ligue Cardiologique Belge lance une nouvelle campagne grand public sur le thème "Prenez votre tension à coeur, tenez vos risques à l'oeil". La campagne est menée en collaboration avec le Comité Belge de Lutte contre l'Hypertension.

Les supports sont un numéro spécial de la revue de la Ligue, une affiche et une brochure d'information. On y aborde les thèmes suivants:

- qu'est-ce que l'hypertension?
- y a-t-il des risques?
- ressent-on sa tension artérielle?
- nouvelles méthodes d'évaluation de la tension artérielle
- quels changements d'habitudes de vie?
- le traitement médicamenteux de l'hypertension artérielle.

Ces documents sont distribués par les médecins généralistes et les cardiologues, et peuvent également être obtenus auprès de la Ligue Cardiologique Belge.

Ligue Cardiologique Belge, rue des Champs-Elysées 43, 1050 Bruxelles, tél. 02/649.85.37. ■

Passeport Santé 1994

Pour les voyages à l'étranger, il ne faut pas oublier son passeport ni... son Passeport Santé. De quoi s'agit-il? A l'approche des grandes migrations, Question Santé propose un petit guide bourré de renseignements pratiques pour un voyage en santé.

Quelles sont les vaccinations à prévoir? Argentine, Panama, Kenya, Grèce,... quel que soit le pays de destination, vous trouverez les vaccinations parfois obligatoires, souvent recommandées, à effectuer avant le départ. Sont renseignés également les centres de vaccination agréés pour le certificat international de vaccination.

Mais dans le Passeport Santé, on ne parle pas que de vaccination: certains

Les projets

Concrètement, nous réaliserons d'ici peu une enquête postale auprès des organismes agréés en Communauté Française pour l'éducation pour la santé, mais aussi auprès d'autres structures et auprès des relais en vue de cerner la demande actuelle et potentielle, les réponses apportées, les outils, programmes, expériences et leur efficacité.

Des demandes précises nous ont déjà été adressées, notamment à propos de la gestion de la sexualité des personnes handicapées mentales qui représente un problème pour les éducateurs, les parents, les pensionnaires,

Photo Zafar

les gestionnaires. Par ailleurs, des expériences riches existent, méritent d'être réfléchies et éventuellement formalisées pour les rendre accessibles à chacun.

D'autre part, différents outils ou programmes sont en projet, en réalisation ou en phase de finalisation et devront être continués. En particulier, un programme sur la connaissance du corps par les personnes handicapées mentales est en développement. Les documents d'accompagnement des outils ou programmes doivent être réalisés avant d'envisager une diffusion.

Toute une expérience existe dans notre équipe dans le domaine des outils informatiques adaptés aux personnes handicapées: réalisation de cahiers de charges, de logiciels, d'in-

Le texte officiel de l'agréation

COMMUNAUTE FRANCAISE

MINISTERE DE LA CULTURE ET DES AFFAIRES SOCIALES

25 OCTOBRE 1993 - Arrêté du Gouvernement de la Communauté française modifiant l'annexe de l'arrêté de l'Exécutif de la Communauté française du 8 novembre 1988 portant création de la Cellule permanente Education pour la Santé et relatif à l'agrément et au subventionnement des services d'éducation pour la santé ainsi qu'au subventionnement de programmes d'action ou de recherche en éducation pour la santé.

Le Gouvernement de la Communauté française,

Vu l'arrêté de la Communauté française du 8 novembre 1988 portant création de la Cellule permanente Education pour la Santé et relatif à l'agrément et au subventionnement de programmes d'action ou de recherche en éducation pour la santé modifié par les arrêtés de l'Exécutif de la Communauté française des 15 juillet 1991 et 20 septembre 1991;

Vu l'avis de la Cellule Education pour la Santé du 23 octobre 1992;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances donné le 1er octobre 1993;

Considérant que l'Education pour la Santé constitue l'un des axes prioritaires figurant dans la "Déclaration et Accord de l'Exécutif de la Communauté française du 21 janvier 1992";

Considérant que la Communauté se doit d'organiser une politique globale d'accueil et d'insertion des personnes handicapées dans l'ensemble de la société;

Considérant dès lors que ce service aux éducateurs à la santé dans le domaine du handicap dont il est demandé l'agréation poursuit ces objectifs,

Arrête:

Article 1er. L'annexe de l'arrêté de l'Exécutif de la Communauté française du 8 novembre 1988 portant création de la Cellule permanente Education pour la Santé et relatif à l'agrément et au subventionnement de programmes d'action ou de recherche en éducation pour la santé est complétée comme suit:

"Facultés universitaires Notre-Dame de la Paix Namur, A.S.B.L. avec pour mission d'assurer la gestion du service d'éducation aux personnes handicapées. Celui-ci aura notamment pour missions de:

- favoriser la coordination entre groupes et/ou personnes travaillant dans le domaine du handicap;

- favoriser la concertation interthématique entre groupes et/ou personnes s'adressant aux personnes handicapées;

- collaborer avec le "service banque de données" et le "service de documentation" pour recueillir et diffuser les données et documents spécialisés dans le domaine du handicap;

- collaborer avec les services communautaires spécialisés en communication et méthodologie pour mettre à disposition des intervenants des modules pédagogiques de qualité et adaptés au public;

- offrir une aide logistique aux organismes d'éducation pour la santé ou aux personnes souhaitant s'adresser aux personnes handicapées;

- collaborer avec les services communautaires spécialisés pour un public particulier ou à une tranche de vie définie, afin d'envisager la spécificité de ce public avec un handicap ou de travailler sur les interrelations avec le handicap;

- tenir à jour un fichier de relais, animateurs, formateurs,...;

- assurer des formations;

- susciter le désir et la volonté de développer des actions de qualité chez les relais de l'éducation pour la santé destinées aux personnes handicapées."

Art.2. Le présent arrêté entre en vigueur en date du 1er janvier 1993.

Bruxelles, le 25 octobre 1993.

Pour le Gouvernement de la Communauté française:

La Ministre-Présidente, chargée des Affaires sociales et de la Santé,

Madame L. ONKELINX.

terfaces. Des actions, appliquées à la prévention et à l'éducation pour la santé, se poursuivront dans ce domaine. Des actions de promotion de la santé, utilisant les technologies nouvelles pour l'adaptation sociale des personnes handicapées seront mises en oeuvre.

Les aspects psychosociaux de l'éducation pour la santé constituent, pour notre département, un important champ de réflexion depuis plusieurs années. Nous souhaitons pouvoir appliquer cette approche au domaine du handicap. En effet, les facteurs culturels et psychosociaux interfèrent à tout moment avec la problématique du handicap: on peut citer l'exemple des milieux sociaux défavorisés, où l'on trouve une incidence élevée des handicaps, des retards de dépistage, des difficultés à mener des actions d'éducation à la santé classiques, etc...

La volonté du service "Handicap et Santé" est également et surtout d'être ouvert et disponible à tous les relais qui le souhaitent et de répondre du mieux possible à leur demande.

M. Mercier, J. Delville, J.L. Collignon ■

Carte d'identité de Handicap et Santé:

Coordinateur: Pr. M. Mercier
Responsable de projet: Dr J. Delville-Mercier
Assistants: Mr J.-L. Collignon, Mlle M. Mattys
Adresse: Handicap et Santé, Pr. M. Mercier, Département de psychologie, Faculté de Médecine, Facultés Universitaires Notre-Dame de la Paix, rue de Bruxelles 61 - 5000 Namur
Secrétariat: tél.: 081/72 44 30

Cellule Permanente Education pour la Santé

La Ministre-Présidente de la Communauté française de Belgique, Laurette Onkelinx, compétente en matière de promotion de la santé, vient de procéder au renouvellement des mandats pour la Cellule Permanente Education pour la Santé, et ce pour une durée de quatre ans.

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

Voici sa nouvelle composition (les personnes qui faisaient déjà partie de la Cellule auparavant sont indiquées par un "*").

Membres choisis au sein des services agréés

Martine Bantuelle, asbl Educa-Santé, Commission Locale de Coordination Hainaut-Est

Daniel Chopin, ONE

Viviane Delegher, Croix-Rouge de Belgique (*)

Patrick Trefois, asbl Question Santé, Président sortant (*)

Membres choisis au sein des Ecoles de Santé Publique

Alain Deccache, UCL (*)

Michel Demarteau, ULg

Danielle Piette, ULB (*)

Membres choisis au sein des organisations mutualistes

Christian De Bock, ANMC (*)

Anne Fenaux, UNMS

Membres choisis au sein des organismes non agréés

ayant réalisé au moins deux programmes d'action ou de recherche au cours des trois dernières années

Cristine Deliens, Zone d'Education Prioritaire de Saint-Gilles (Bruxelles)

Jacques Morel, Fédération des Maisons Médicales et Centres de Santé Francophones (*)

Léo Theunissen, SIPS (Liège)

Membres choisis parmi les professionnels de la santé

Jean-Luc Cousin, Office des Pharmacies Coopératives de Belgique

Pierre De Plaen, SSMG

Liliane Vermotte, CSD Bruxelles

Membre du Centre de Coordination Communautaire

Pierre Anselme (*)

Membres de droit

Pascale Anceaux, représentante de la Ministre qui a la politique de santé dans ses attributions

Corine Matillard, représentante du Ministre qui a l'Inspection Médicale Scolaire dans ses attributions

Willy Brunson, Directeur Général de la santé (*)

Ghislaine Squilbin, Inspecteur Général ff de la santé (*)

Jean-Luc Noël, membre du service administratif chargé de l'éducation pour la santé (*)

Secrétariat

Roger Lonfils (*)

Véronique Arnold (*)

D'après l'Arrêté du Gouvernement de la Communauté française portant nomination des membres de la Cellule Permanente éducation pour la santé, daté du 27 avril 1994 et entré en vigueur le 1er mai dernier.

Cellule Permanente Education pour la Santé, Ministère de la Culture et des Affaires Sociales, Direction Générale de la Santé, Bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles. Tél.: 02/413.26.10 - 413.26.16. Fax: 02/413.26.13. ■

Entraide

"A l'eau? Ici l'entraide"

En tant que service agréé en éducation pour la santé par la Communauté française, le service Promotion de la santé de l'U.N.M.S. assure la promotion de l'entraide et plus spécifiquement des groupes de self-help dans toute la partie francophone du pays. Son objectif est de faciliter la naissance et le développement de telles initiatives.

Dans le cadre de sa mission, le service Promotion de la santé vient de sortir l'édition 94 de l'Inventaire des groupes d'entraide. Cette édition est accompagnée de deux outils de promotion de l'entraide: une affiche et une carte postale reprenant le slogan "A l'eau? Ici l'entraide. 02/515.05.85".

Une illustration évocatrice (l'eau, le chavirement, les bouées et deux personnes qui s'entraident) vient soutenir la campagne.

Quoi de neuf dans l'inventaire?

Tout d'abord, la mise à jour.

Celle-ci a demandé un travail de fond important: première étape, l'envoi de plus de 150 questionnaires aux associations et groupes d'entraide repris dans l'édition 93; une centaine de réponses ont été renvoyées. Deuxième étape, le service a recontacté par téléphone les associations n'ayant pas répondu au questionnaire. Ce ne fut pas toujours chose facile: les groupes d'entraide sont sujets au changement et dénicher le numéro de téléphone est parfois une gageure. Parcours de combattant que chacun d'entre nous peut être amené à faire, d'où l'intérêt d'une telle mise à jour. Une dizaine d'associations ou de groupes n'ont pas pu être contactés.

Côté présentation

Au niveau de la présentation, la lisibilité est nettement améliorée par une mise en page modifiée. Un rabat attenant à la couverture sert de signet et facilite la compréhension des pictogrammes explicatifs.

De plus, une liste des associations et des groupes de self-help vient compléter la table des matières. Il y a donc deux portes d'entrée pour trouver une réponse.

Pour rappel, les problèmes sont classés en 6 rubriques:
- maladie;
- suites d'opération;
- dépendances;
- handicaps;
- troubles du comportement;
- situations sociales et événements personnels ou familiaux divers.

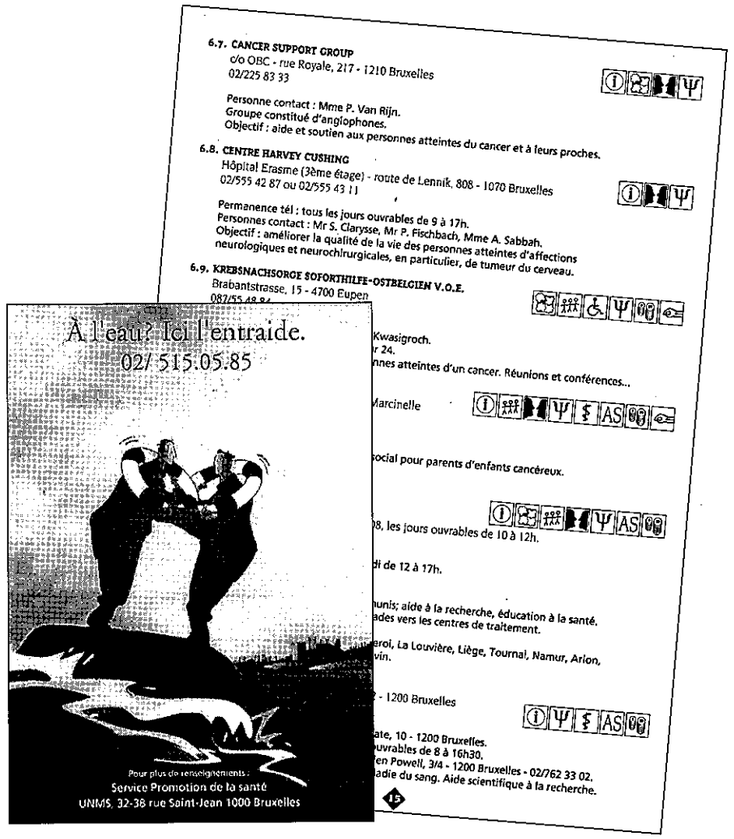
Quid de la diffusion?

Dans le courant du mois de juin, une campagne de presse visant la promotion de l'entraide sera organisée.

Tous les professionnels du monde social et para-médical sont visés. Un inventaire et une affiche seront envoyés aux institutions sociales et médicales telles que CPAS, hôpitaux, maisons médicales,.... Les organismes qui souhaiteraient plus d'exemplaires peuvent s'adresser au service Promotion de la santé.

Tous ces éléments visent la promotion des groupes d'entraide. L'Inventaire cherche également à faire connaître le rôle de facilitateur du service Promotion de la santé de l'U.N.M.S dans ce domaine. Une telle campagne aura vraisemblablement un impact sur l'activité du service. Anne Fenaux, secondée d'une aimable secrétaire et d'un répondeur téléphonique, est prête à répondre à vos demandes et suggestions.

Pour tous renseignements et remarques relatifs à cette brochure, vous pouvez contacter le service Promotion de la santé de l'U.N.M.S. au 02/515.05.85 ou écrire rue Saint-Jean 32-38, 1000 Bruxelles. ■



Les médias à l'appui d'une société sans tabac

La Journée Mondiale sans Tabac s'est déroulée le 31 mai dernier. Le message de l'Organisation Mondiale de la Santé s'adressait cette fois aux médias, afin notamment qu'ils intensifient la diffusion de l'information sur les dangers du tabagisme et s'opposent à la diffusion de la publicité pour les produits du tabac (principalement dans les pays en développement): la tâche sera rude de ce côté, tant on sait que les pressions de l'industrie du tabac, grande pourvoyeuse de recettes publicitaires, sur les éditeurs est un frein considérable à l'engagement des médias dans ce domaine.

En Communauté française, différentes actions ont été menées de front.

A la mi-mai, une circulaire ministérielle a été diffusée auprès des écoles primaires et secondaires accompagnées du trimestriel "Spécial Tabac" du Club Première génération sans tabac, dont la Ministre Laurette Onkelinx a rédigé l'éditorial.

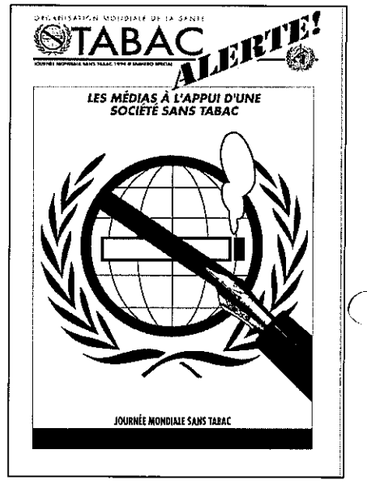
Radio Nostalgie a diffusé entre le 28 et le 31 mai des spots de sensibilisation au sevrage tabagique, des micro-trottoirs et des informations médicales.

D'autres initiatives encore: citons "Namur, entrez sans fumer" où un concours "Média" proposait aux élèves de 6e primaire et 1ère secondaire de réaliser un projet d'article de presse, de message radio ou T.V.; l'Oeuvre Belge du Cancer diffuse quant à elle une brochure grand public sur le thème des "Hôpitaux sans tabac".

Beaucoup d'initiatives, comme chaque année, ont donc été mises sur pied en Communauté française, pour relayer l'initiative de l'O.M.S.

La FARES organise aussi un grand Challenge Sport/Culture/Santé à Bruxelles le 25 juin, en partenariat avec l'Association pour le Développement des Sports et des Loisirs, et avec Radio Nostalgie. En clôture de cette manifestation, un grand lâcher de ballons européens des "Smokebusters" aura lieu.

L'année prochaine, le thème de la Journée Mondiale sans Tabac sera "Economie et lutte contre le tabagisme".



Pour tout renseignement: Caroline Rasson, FARES, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles, tél. 02/512.29.36. ■

Droit à l'enfance pour tous les enfants

Laurette Onkelinx, Ministre-Présidente du Gouvernement de la Communauté française chargée, entre autres, de l'Enfance et de la Promotion de la Santé, a tenu à commencer cette année internationale de la famille par une journée d'études qui a permis de dresser le bilan des recherches et des expériences novatrices en matière de petite enfance et de parenté responsable.

Pour elle, le moment est venu de tracer les nouvelles lignes directrices d'un programme ayant comme préoccupation l'épanouissement de l'enfant, le droit à l'enfance pour tous les enfants.

Un "cahier", le Plan pour une politique coordonnée de l'enfance, reprend toutes les options définies. Celles-ci seront débattues avec les instances concernées afin de pouvoir traduire ces priorités en propositions concrètes tenant compte à la fois des besoins, des contraintes et des ressources.

Ce dossier fait tout d'abord un état de la situation actuelle (changements dans notre société, problèmes à résoudre et bilan de la politique de l'enfant en Communauté française) avant d'entrer dans les perspectives générales d'action et les propositions plus concrètes.

Les thèmes abordés sont nombreux; parmi eux, la santé de la mère et de l'enfant, les enfants handicapés, les problèmes du sida et de la toxicomanie,...

Dans le développement des propositions d'action, l'ONE tient évidemment une place prépondérante comme acteur d'une politique de l'enfance. On peut cependant regretter que certains projets ou organismes en éducation pour la santé n'aient pas été cités comme, par exemple, PRO-VAC pour les vaccinations et le service agréé Educa-Santé, pour la prévention des accidents domestiques.

Mais qu'à cela ne tienne, souhaitons que ce document encourage des actions coordonnées favorables à l'enfant.

Pour tout renseignement, vous pouvez vous adresser auprès du Cabinet de la Ministre-Présidente de la Communauté française, avenue des Arts 19 AD, 1040 Bruxelles, Tél.: 02/220.55.11. ■

L'approche judiciaire en évaluation

Exemple d'un programme de prévention du tabagisme à l'école

Pour choisir un outil éducatif, un programme, l'éducateur pour la santé a besoin d'en connaître les forces et les faiblesses, surtout si ce programme va mobiliser beaucoup de son temps et de son énergie. Ces informations devraient lui être fournies par les évaluations réalisées sur le programme. Cependant, tous les modes d'évaluation ne permettent pas d'atteindre ce but de la même manière. Plus l'évaluation est longue, complexe et spécialisée, plus elle cherche à vérifier, à contrôler l'efficacité et moins elle est accessible directement aux futurs utilisateurs.

Une voie accessible pour rendre utile l'évaluation est de confier le jugement à des experts qui sont chargés de remettre un avis précis et limité. Ces modes d'évaluation existent depuis longtemps. Ils ont même été historiquement les premiers et ont été particulièrement formalisés dans le cadre judiciaire. Il n'est pas étonnant que de nombreux auteurs, dans de multiples domaines, aient appliqué ces démarches. Ainsi, initialement, les conférences de consensus, utilisées dans le monde médical pour définir les meilleures stratégies diagnostiques ou thérapeutiques, reproduisaient aussi la structure d'un procès opposant des avis contraires sur une question de santé publique (1).

Nous nous sommes aussi aventurés dans ce type de démarche avec une idée précise. Comment apporter aux acteurs de l'éducation pour la santé des informations utiles qui puissent les aider à prendre des décisions? Nous avons suivi et adapté pour cela, la démarche de R. Wolf.

L'approche judiciaire préconisée par R. Wolf (2) fut élaborée en 1973. Cette forme particulière du modèle des adversaires apporte à l'évaluation éducationnelle les techniques d'une cour de justice. R. Wolf pense en effet que la méthodologie légale offre un système utile de procédures avant que le jugement du programme éducatif ne soit effectué.

Dans ce contexte, la mise en accusation concerne donc un programme. Les adversaires sont limités à deux avocats qui préparent indépendamment leur dossier en analysant les forces et les faiblesses du programme à évaluer. Ils devront ensuite, lors de l'audience, argumenter leur analyse par des pièces à conviction, des témoignages. Cette audience se réunit en présence d'un président qui dirige les débats, et d'un jury qui devra poser le verdict de l'évaluation et d'un public.

Description de la méthode

R. Wolf identifie quatre phases pour l'application du modèle judiciaire:

1° identification des questions en rapport avec le programme à évaluer;

2° sélection des questions importantes vis-à-vis du programme, à développer pendant l'audience;

3° présentation des arguments, des points spécifiques de controverse autour de chaque question, c'est-à-dire les points forts et les points faibles du programme;

4° revue des arguments, du nombre de témoins à appeler et esquisse des questions pour guider les délibérations. Enfin, sur base de la présentation de l'audience, les jurés prennent une décision par rapport au programme.

L'approche judiciaire offre différents avantages par rapport à d'autres techniques d'évaluation:

- les jurés sont des représentants des futurs utilisateurs;

- ils prennent leur décision sur base de toutes les informations exposées par les deux avocats (forces et faiblesses du programme);

- les avocats risquent de voir leurs déclarations récusées; elles doivent donc être fondées et supportées par des dépositions de témoins;

- le processus envisagé diminue la possibilité d'évaluer sur base d'idées préconçues (les rapports d'évaluation contiennent facilement des biais inconscients de la part de l'évaluateur qui est impliqué dans le programme à évaluer);

- les suppositions sous-jacentes d'un programme sont exposées;

- l'évaluation génère des conflits et des tensions qui, dans l'approche judiciaire n'est pas "concentrée" sur un seul évaluateur mais qui est partagée entre différents membres; la gestion n'en est que meilleure.

L'approche judiciaire présente également certains inconvénients dont il s'agit de tenir compte :

- la faiblesse d'un programme est souvent plus facile à mettre en évidence que sa force; les deux avocats en compétition n'ont donc jamais des armes égales. Il est en conséquence parfois préférable d'envisager un processus où les deux avocats doivent argumenter en faveur et en défaveur du programme;

- le juge doit assumer un rôle difficile; il s'agit donc d'être particulièrement attentif à la personne choisie pour jouer ce rôle;

- la rigueur des techniques légales d'une cour de justice doit uniquement aider à établir une structure de l'évaluation et ne doit pas nous faire oublier la réalité du programme à évaluer;

- malgré la structure des propositions, les décisions ne sont pas toujours simples à prendre.

- enfin, l'évaluation par l'approche des adversaires peut coûter plus qu'une évaluation conventionnelle d'un même programme. Elle nécessite en effet qu'une grande partie du temps disponible soit dépensée pour clarifier les procédures et les règles de travail.

---

(1) DURAND-ZALESKI, I., AUDET, A. M., GREENFIELD, S., JULLY, D., L'évaluation de la qualité des soins aux Etats-Unis, Rev. Epidém. et Santé Publ 1991, 39: 467-476.

(2) OWENS, T., R., WOLF, R., L., "Adversary Approach to Evaluation", in STUFFLEBEAM, D., L., SHINKFIELD, A., J., Systematic Evaluation, Boston/Dordrecht/Lancaster, Kluwer.Nijhoff Publishing.

Application de la méthode

En septembre 1990, l'Association Francophone des Agents des Centres Psycho-Médico-Sociaux (AFAPMS) décide d'élaborer un outil de prévention du tabagisme applicable en milieu scolaire. Ce module est créé à l'usage des agents PMS, dans un premier temps, et à celui des enseignants, dans un second temps.

Les membres de l'AFAPMS se fixent l'objectif de réduire le nombre d'entrées dans le tabagisme parmi les jeunes de 10 à 14 ans en Communauté française. La stratégie consiste à intervenir avant l'ancrage dans la dépendance, à travailler dans le concret et à éviter la simple transmission de connaissances.

Huit séances d'une heure de cours, appliquées dans un certain ordre, sont considérées comme nécessaires et suffisantes pour qu'un agent PMS (volontaire) puisse exploiter le module avec une classe de cinquième ou de sixième primaire ou avec une classe de première secondaire (y compris les premières accueil).

A la fin de l'année 1990, la Commission de l'AFAPMS demande à l'APES sa collaboration pour la construction d'outils d'évaluation de ce module de prévention. Cette évaluation doit permettre de vérifier si le module est utilisable dans sa forme, pertinent et efficace pour les niveaux d'âge ciblés et praticable dans les différents milieux socioculturels. L'évaluation de la phase expérimentale doit donc cerner à la fois le processus et les résultats du module chez les jeunes.

Le processus fut évalué qualitativement grâce aux appréciations des animateurs (agents PMS) et des enseignants. L'impact du module de prévention au niveau des résultats chez les enfants a pu être évalué grâce à une comparaison, entre groupe témoin et groupe expérimental, entre prétest et post-test, sur des scores de connaissance, de représentations, d'opinions, d'attitudes et de comportement en matière de tabac (3).

L'évaluation du processus révèle sur base de 63 animations une appréciation positive du module tant chez les animateurs que chez les enseignants.

Les résultats de l'évaluation chez 1171 enfants montrent que :

avant l'expérience, les groupes témoins et expérimentaux ne sont pas homogènes. Les enfants du groupe expérimental, un peu plus âgés en moyenne, proviennent d'un milieu plus favorisé, ont des attitudes et des intentions comportementales moins favorables au tabac et vivent dans un environnement tabagique moins néfaste pour eux que les enfants du groupe expérimental;

après l'expérience, une seule différence persiste entre les groupes expérimentaux et témoins; une meilleure connaissance dans le groupe expérimental. Les deux groupes semblent homogènes quant aux autres scores.

L'évolution des deux groupes

Dans le groupe expérimental, on observe une évolution significative des connaissances, une régression des attitudes, du comportement et des intentions antitabac, surtout chez les sujets jeunes. La connaissance en matière de tabac évolue, mais, les sujets bien informés ont d'autant plus de chances d'essayer de fumer une première cigarette, surtout s'ils sont jeunes.

Dans le groupe témoin, on constate une évolution positive des attitudes antitabac alors que le comportement évolue négativement (vers le tabagisme).

Dans les deux groupes, les attitudes antitabac n'évoluent pas de façon statistiquement significative, les intentions comportementales et le comportement antitabac régressent entre le prétest et le post-test.

L'évaluation des résultats pose donc question. Nous avons alors émis l'hypothèse que l'entrée dans l'adolescence, par rapport à l'action du programme, est le vecteur le plus important des modifications constatées dans les attitudes, les intentions comportementales et le comportement en matière de tabac.

Que faut-il remettre en cause; le module ou son évaluation? Le module peut-il être diffusé comme tel dans les écoles? Faut-il en modifier certaines parties? Voilà quelques questions qui nous ont conduit à organiser une journée de réflexion et de synthèse en utilisant l'approche judiciaire. Cette démarche visait à mettre en lumière les forces et les faiblesses du travail conjoint de l'APES et de l'AFAPMS en faisant appel à des experts dans le cadre d'une démarche ouverte aux utilisateurs potentiels.

Composition des membres de l'audience

Le choix des membres de l'audience s'opéra de la manière suivante:

Le juge devait être un personnage d'une certaine envergure, dont l'élocution était claire et facile. Il devait présenter en outre les qualités d'un meneur de réunion. Son rôle consistait à ouvrir l'audience, à passer la parole et à gérer l'écoulement du temps.

Les avocats devaient être experts dans le domaine du tabagisme et de l'éducation pour la santé en milieu scolaire. Comme conseillé, chacun d'entre eux défendrait les points forts et les points faibles du module selon leur propre formation et sur base d'un dossier "d'instruction" (rapport de la recherche) qui devait leur être remis quelques semaines plus tôt.

Le jury devait être composé de personnes intéressées par le tabagisme chez les jeunes. Il va de soi qu'aucun membre de la commission de l'AFAPMS ni de l'APES ne pouvait faire partie du jury; leurs à priori et leurs enjeux par rapport au module de prévention aurait rendu toute tentative "d'objectivité" impossible. Il nous a semblé qu'une juste proportion de scientifiques et de représentants du terrain permettrait une diversité des approches, des préoccupations et enrichirait ainsi la discussion et le verdict posé. Le nombre de jurés devait toutefois rester suffisamment restreint pour maintenir une possibilité de communication directe et une expression de tous les membres; il fut donc arrêté à huit. Les jurés n'avaient aucune connaissance du module de prévention avant l'audience, tout comme dans la procédure légale.

Les témoins devaient tous avoir participé à l'élaboration ou à l'évaluation du module de prévention. Un témoin au moins pour chaque partie du tra-

(3) AFAPMS, APES, Module de prévention des assuétudes : "Dossier d'instruction: Procès du 11 janvier 1994", décembre 1993.

2ème journée

Matinée

- conclusion de la première journée;
- "Santé et citoyenneté";
- présentation du projet O.M.S. Villes Santé.

Après-midi

- ateliers;
- conclusion du colloque.

Si la ville peut jouer un rôle de coordination des actions de santé, elle se doit également, dans ce cadre, d'inciter à leur territorialisation. Une ville ne constitue pas un espace spatialement uniforme et socialement homogène. L'approche des problèmes de santé à l'échelle locale présente des avantages: une lecture plus fine des problématiques appuyées sur l'expression des habitants, la mise en évidence des difficultés rencontrées par les acteurs de terrain, la proximité des partenaires locaux,... C'est à l'échelon local que les acteurs sont les plus susceptibles de se rencontrer et de se coordonner.

Il est donc proposé de tenir des ateliers en fonction de zones géographiques.

La résolution des problèmes de santé à Bruxelles exige que soient établis plus clairement la sémiologie, les méthodes diagnostiques et les outils, et que soient évalués les bénéfices et les coûts des actions entreprises en regard des objectifs poursuivis.

Les réponses à certaines questions de fond et de stratégies devront être recherchées au cours du colloque. Par exemple:

- quels sont les objectifs prioritaires à fixer à Bruxelles dans le cadre d'une politique de santé?

- en quoi la santé peut-elle être un moteur du développement urbain?

- quelle doit être la stratégie des professionnels de santé et des institutions face aux problèmes de la santé, comment les insérer dans une politique cohérente de santé?

- quelle est la place de l'approche communautaire participative?

- comment les projets santé doivent-ils s'intégrer aux autres projets (rénovation, insertion socio-professionnelle, prévention de la délinquance, zones d'éducation prioritaires, zones d'action prioritaires)?

- quel est l'intérêt des diagnostics santé? quels sont leurs indicateurs? que peut-on en attendre? comment les rendre compréhensibles et utilisables par les décideurs politiques ou administratifs?

- etc.

Ce colloque devrait avoir lieu les 28 février et 1er mars 1995. Son organisateur, la section Education à la Santé et Prévention de la Commission Communautaire française de Bruxelles-Capitale, fournira des informations plus précises sur le déroulement de la manifestation et les modalités de participation au colloque dans les prochains mois.

Pour tout renseignement sur ce colloque, contactez Monsieur Thierry Lahaye, Secrétaire de la Section, Commission Communautaire française Bruxelles-Capitale, avenue Louise 166, 1050 Bruxelles, tél. 02/643.03.29. ■

(1) Rappelons toutefois que la promotion de la santé est en principe une compétence des communautés, et non des régions (ndlr).

Ligue Belge de la Ménopause

Une nouvelle association est née

Le mois de mai a vu la naissance de la Ligue Belge de la Ménopause. Sa mission principale devrait être l'information et la sensibilisation du grand public, plutôt que la recherche scientifique et médicale.

Un comité scientifique a été créé pour soutenir les actions de la Ligue, regroupant des représentants de la Société Belge de la Ménopause, l'ensemble des services de gynécologie des universités belges, le Belgian Bone Club, la Société Belge de Cardiologie, la Société Scientifique de Médecine Générale et son équivalent néerlandophone,... La Ligue est soutenue financièrement par les Laboratoires Organon, "tout en respectant l'éthique et l'intégrité totale de la Ligue".

Un calendrier d'actions a d'ores et déjà été mis sur pied. En septembre, une campagne d'affichage sera réalisée dans les salles d'attente et les cabinets des médecins généralistes et des gynécologues, les milieux hospitaliers et les pharmacies. Une brochure d'information grand public sur la ménopause sera éditée.

En janvier 1995, la Ligue organisera un "Forum de la ménopause" qui réunira des médecins, des psychologues, des sociologues, des paramédicaux, des associations féminines,...

En outre, et ce n'est pas le moins sympathique, la Ligue entend s'associer à tous les événements mettant la femme à l'honneur, comme par exemple la Saint Valentin, la fête des mères, la fête des grands-mères,...

Reste à voir si cet organisme ne s'en tiendra pas à un discours purement scientifique et s'il réussira vraiment à toucher le grand public, avec des messages qui ne se contenteraient pas de prôner les traitements hormonaux de substitution, mais aborderaient d'autres thèmes voisins, tels l'ostéoporose et l'équilibre alimentaire ou l'exercice physique, la prévention des maladies cardio-vasculaires et le problème du tabagisme chez les femmes.

Ligue Belge de la Ménopause, Marie-Kristin de Rochelée (Directrice Générale) - Jacqueline Höpfner (Relations Publiques), chaussée de Louvain 426, 1380 Ohain - Lasne, tél. 02/354.28.90, fax 02/354.59.17. ■

rélations entre les items du test et les items d'une forme d'alternative hypothétique de test. L'auteur a obtenu des résultats satisfaisant (corrélation de .77 à .90).

Invariabilité

La mesure de l'invariabilité des différents items aboutit à la généralisation de ces items en fonction de différents paramètres tels le sexe, la race, les conditions sociales, etc. Derogatis a mis en évidence de très hauts niveaux d'invariabilité pour le sexe et ce pour les 10 factorisations étudiées.

Validité

Cette caractéristique est étudiée en comparant les résultats mis en évidence par le Derogatis avec ceux obtenus par d'autres moyens d'investigation. Derogatis et d'autres chercheurs ont mis en évidence de hauts degré de validité par comparaison avec d'autres tests.

Perspective

Nos résultats dans le domaine thérapeutique (1) nous permettent d'avancer qu'il est possible d'obtenir des améliorations équivalentes et même supérieures de la symptomatologie dans le cadre de la gestion du stress en entreprise.

Il est donc indispensable d'évaluer sur le terrain des entreprises notre hypothèse selon le protocole suivant:

1) Effectuer un cliché général de l'état psychosomatique de l'entreprise à l'aide du test de Derogatis;

2) Déterminer les secteurs, ou les sujets les plus exposés au stress;

3) Appliquer le programme;

4) Evaluer les résultats au niveau individuel, sectoriel ou général, avec le Derogatis et avec un autre test spécifique au contexte de l'entreprise.

L'intérêt de notre programme réside dans sa souplesse opérationnelle qui permet à toute entreprise, quelles que soient son organisation, sa dimension, d'intervenir immédiatement en se laissant le temps nécessaire pour l'installation des mesures complémentaires et indispensables, organisationnelles et systémiques plus longues à mettre en oeuvre.

Philip Degand, Pierre Ramaut, sophrologues ■

(1) Ces résultats sont disponibles sur simple demande adressée aux auteurs, à l'adresse suivante: Pierre Ramaut, Place du Parc 7, 7000 Mons.

Colloque

Promotion de la Santé à Bruxelles

Questions et enjeux

La ville constitue un des échelons privilégiés pour mettre en oeuvre une réelle stratégie de santé. C'est à cette échelle que peuvent en effet être établies une approche multisectorielle et territorialisée des problèmes de santé appuyée sur la confrontation des différents acteurs intervenant dans ce domaine - professionnels de la santé ou non - et la prise en compte des besoins et des demandes de la population.

Depuis 1989, Bruxelles est devenue une région à part entière avec des spécificités propres: une démographie marquée par un phénomène de vieillissement, une présence importante de population d'origine étrangère, une vocation européenne et internationale, une diversité d'acteurs travaillant dans le champ urbain, une population confrontée à de graves problèmes économiques et sociaux, une complexité institutionnelle...

Promouvoir la santé à Bruxelles impose de restaurer la ville comme des communautés sociales où chacun peut trouver une place, renouer les liens de solidarité active. Pour ce faire, il convient de mettre en place une politique de promotion de la santé spécifique à la Région bruxelloise (1).

Développer une telle politique impose de tenir compte des caractéristiques sociales et culturelles de la population, de favoriser la coordination entre les différents acteurs, de définir des objectifs et de faire des propositions pour le renforcement des actions en particulier quant à l'information et à l'éducation du public en matière de santé.

L'organisation d'un colloque, rassemblant l'ensemble des acteurs intéressés par la promotion de la santé des Bruxellois, est apparue comme une étape indispensable pour la mise sur pied d'une stratégie pour une politique de santé.

Le contenu du colloque

1ère journée

Matinée

- introduction du colloque par le Président de la Section "Education pour la santé et prévention" de la Commission Communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale;
- discours ministériels;
- présentation de l'étude "Offre et besoins en Promotion de la Santé en Communauté française", réalisée par Promo Santé 2000;
- présentation de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.

Après-midi: ateliers

- 4 ateliers s'intéresseront aux problèmes de santé rencontrés aux grands âges de la vie:
  - de la conception à l'école primaire;
  - du secondaire à l'entrée dans la vie professionnelle;
  - de l'âge adulte à la pension;
  - de la pension à la fin de la vie;
- 1 atelier concernera les pathologies;
- 1 atelier s'intéressera aux aspects transversaux de la santé avec pour titre "Santé et environnement urbain".

vail était prêt à témoigner si cela lui était demandé par un des avocats.

Enfin, **les membres du public** pouvaient venir de tous les horizons pourvu qu'ils soient professionnellement intéressés par la prévention du tabagisme.

Procédure et planning

■ 9H30 Accueil

■10H00 Ouverture de l'audience par le président. Celui-ci rappelle le but du procès:" Nous sommes ici pour délibérer autour de la question suivante: le module de prévention du tabagisme chez les jeunes élaboré par l'AFAPMS peut-il être diffusé dans les écoles sans modification ni du fond ni de la forme?"
Le président demande ensuite aux membres de l'audience de se présenter.

■10H40 Présentation du module de prévention par un membre de la Commission AFAPMS. Le module est ainsi présenté à l'entièreté des membres de l'audience, tant au niveau de son contenu que de sa procédure.

■11H00 - 11H35 Plaidoyer du premier avocat.

■11H35 - 11H45 Pause.

■11H45 - 12H35 Plaidoyer du deuxième avocat.

■12H35 - 13H55 Repas.

■13H55 Le président du jury se charge de synthétiser oralement les arguments des deux avocats.

■14H15 Les jurés délibèrent pendant 1h15 en présence (passive) du public, des témoins et du président de l'audience. Nous avons volontairement transgressé la règle du huis clos des jurés pour garantir le sérieux des arguments de cette délibération.

■15H30 Verdict présenté oralement par le président du jury.

■15H40 Un débat présidé par le président de l'audience s'engage ensuite. Ce débat nous a semblé nécessaire pour que chaque membre de l'audience ait l'occasion de s'exprimer, y compris les membres du public. Le verdict posé juste avant par le président du jury permettait en outre de structurer ce débat et d'éviter les digressions en allant à l'essentiel.

■16H30 Clôture de l'audience par le président.

Résultats

L'élargissement du cadre d'analyse a été favorable à une réflexion sur le module de prévention, le processus d'utilisation de ce module ainsi que sur le phénomène du tabagisme chez les jeunes. Si les résultats de l'expérience menée par l'AFAPMS n'indiquent pas d'amélioration en ce qui concerne les attitudes, les opinions ou les intentions des jeunes en matière de tabac, cela ne veut pas dire que le module est nuisible ou ne sert à rien. Le phénomène du tabagisme est tellement complexe qu'on ne peut garder l'illusion de pouvoir estimer l'impact d'un module de prévention du tabagisme sur le comportement des jeunes dans le cadre de l'évaluation mise en place.

Toutefois, même si l'effet du module de prévention n'a pu être mesuré, il s'agit quand même de prendre certaines précautions quant à la manière dont il est utilisé par les agents de prévention. Une formation des animateurs des séances de ce module serait opportune pour être le plus efficace possible et pour éviter de provoquer des effets pervers parfois dus à un "mauvais" style d'animation.

Au niveau du contenu, on s'attachera à adapter le module à l'âge du public visé (enfant ou adolescent). On lui garantira une certaine souplesse qui permettra d'accueillir le jeune avec la problématique qui le préoccupe à ce moment-là (et qui ne concerne pas forcément le tabac).

Après les avoir interrogés séparément sur ce qu'ils pensaient de la journée d'évaluation du 11 janvier dernier, les participants affirmèrent avoir particulièrement apprécié la technique du procès. Cette mise en scène, ajoutèrent-ils, suscitait l'analyse critique et le dynamisme tout en donnant une structure pour mener l'évaluation à son terme, c'est-à-dire à la prise de décision.

Conclusion

Les bénéfices de l'approche judiciaire peuvent donc être importants. Il apparaît qu'elle constitue une approche possible et enrichissante quand une décision doit être prise à partir d'une large gamme d'informations et dans un domaine aussi complexe que celui des variables pouvant influer sur le tabagisme chez les jeunes. La mise en présence de preneurs de décisions n'ayant pas d'enjeux en ce qui concerne le programme à évaluer suscite l'analyse critique, donne une vue globale du problème par la diversité des approches, des sensibilités et des préoccupations de chacun des membres.

M. Monoyer, M.-C. Miermans, M. Demarteau, APES ■

La prévention, côté soignants - côté patients

La prévention, côté soignants

d'après les notes de Jérôme De Roubaix, chercheur ULB

Il était une fois...

En 1992-93, 115 médecins généralistes et 163 travailleurs de la santé, appartenant à 21 maisons médicales et associations de généralistes de la Communauté française de Belgique, ont participé volontairement à une enquête par questionnaire sur leurs perceptions, leurs attentes, leurs déceptions de la "prévention" telle qu'ils la pratiquent et qu'ils la rêvent...

Cette première enquête auprès des soignants de 21 équipes a permis à la Fédération des Maisons Médicales de construire un questionnaire pour un échantillon de patients de ces mêmes équipes. Chaque généraliste a remis en consultation un questionnaire à 20 patients, au hasard... 150 autres patients, répartis dans 10 équipes tirées au sort, ont rencontré un enquêteur. Ceci afin de préciser les contenus qualitatifs des réponses écrites. Près de 1200 patients ont ainsi clairement

exprimé leurs avis sur la prévention et sur ce qu'ils en attendent de leurs soignants.

Ces deux enquêtes ont été réalisées par des chercheurs en Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles (CERESP): Alain Levêque et Jérôme De Roubaix, encadrés par Luc Berghmans et Danielle Piette pour l'ULB et Jacques Morel et Jean Laperche pour la Fédération des Maisons Médicales. Un comité technique composé en outre de 4 autres médecins des 21 équipes: Myriam Provost, Michel Roland, Pierre Firket et Xavier Gielis ainsi que d'un chercheur en santé publique, Monique Van Dormael, ont encadré le projet.

L'idée originale de ce projet est de chercher les points de rencontre ou de rupture entre les perceptions des soignants et celles de leurs patients dans un domaine mal défini de la santé: la "prévention". Points de rencontre et de rupture, afin que soignants et patients puissent, dans une seconde étape, définir clairement des objectifs d'activités préventives. Activités laissées au choix des équipes, pour peu que soignants et patients s'y retrouvent.

Que pensent ces 278 soignants?

Le contexte

En bref, rappelons que les problèmes de santé, identifiés par les épidémiologistes (1) comme les plus fréquents en terme de morbidité et de mortalité, sont à peu près tous vulnérables à une action efficace de prévention: que ce soient les maladies cardio-vasculaires ou les cancers et, bien entendu, quelques maladies infectieuses que l'on peut maintenant oublier grâce aux vaccins: la polio, le tétanos, la diphtérie, etc.

Dans notre pays, à côté des grandes structures verticales qui visent un problème ou un public particulier (médecine du travail pour les travailleurs, ONE pour les bébés, etc.), les médecins généralistes et les maisons médicales ont, dans ce domaine, plus d'un atout en main: très accessibles, ils peuvent situer ces problèmes de santé dans le contexte de vie des gens et cette approche globale renforce la confiance que leur témoignent les patients.

Cependant, les activités de prévention sont, dans les faits, très peu développées chez le généraliste ou dans les équipes: "Le patient ne vient pas pour cela", "De quelle prévention parlez-vous?", "Je ne suis pas payé pour...". Mal à l'aise, les soignants préfèrent souvent s'abstenir...

Une enquête préliminaire réalisée deux ans plus tôt par Luc Berghmans nous indique que l'absence de demande des patients est le motif invoqué le plus souvent par les généralistes. Et puis, d'autres structures spécialisées s'en occupent déjà...

D'autre part, les patients interprètent tout autrement le peu de prévention demandée: "J'attends que mon médecin me le propose"; alors, oui, 75 % des femmes interrogées iraient volontiers chez leur généraliste pour un frottis du col de l'utérus.

Notre enquête

76 % des médecins contactés ont renvoyé leur questionnaire et 70 % des non-médecins également.

Qui sont les soignants de cette enquête?

1. Les médecins

Les plus nombreux (46 %) sont des médecins entre 36 et 45 ans; les moins de 35 ans sont presque aussi nombreux: 44 % (en Communauté française, les 36-45 ans représentent 34 % des médecins, et les plus jeunes sont déjà 40 %).

Les femmes médecins sont sur-représentées dans les équipes: 45 % contre 20 % dans la Communauté française.

93 % des médecins de l'enquête voient moins de 100 patients par semaine, contre 57 % chez les autres généralistes. Ceux-ci atteignent même des "records" inconnus dans les équipes: 17 % voient plus de 150 patients par semaine...

2. Les "paramédicaux"

Sensiblement plus jeunes que les médecins, les autres soignants sont nombreux (près de 60 %) à n'avoir pas 35 ans. Et une écrasante majorité (82 %) de femmes... Ce sont d'abord des infirmières (25 %) et des kinésithérapeutes (25 %). Ensuite, les personnes qui s'occupent du secrétariat et de l'accueil (23 %). Quelques dentistes (10 %) et assistantes sociales (9 %). Les autres professions sont des psychologues, logopèdes ou diététiciennes.

La plupart sont à temps partiel (47 %), mais les temps pleins ne sont pas négligeables (39 %). Ils sont salariés par l'équipe (49 %), sinon indépendants (39 %), TCT (6 %), collaborateurs extérieurs (3 %) ou bénévoles (3 %).

La moitié d'entre eux travaillent depuis plus de 5 ans à la Maison Médicale et l'ensemble des paramédicaux estiment que leurs activités sont presqu'autant préventives que curatives. Les activités de gestion prennent également de la place.

54 % des "paramédicaux" ont entendu parler de prévention durant leurs études.

Que pensent-ils de la prévention, de l'éducation pour la santé?

Les généralistes des équipes voient en moyenne moins de patients par semaine que leurs "confrères libéraux", mais ils ne croient que modérément dans l'impact de la prévention sur la santé: 56 % estiment que cet impact est faiblement positif. Les enthousiastes comptent quand même 39 % des médecins interrogés, 5 % n'y croient pas du tout.

Les "paramédicaux" croient davantage à la prévention (impact positif à 54 %) que les médecins (39 %). Surtout pour le tétanos, le cancer du sein, le cancer du col, la grippe, l'infarctus ou la carie dentaire.

Ils restent cependant critiques quant à l'impact de l'éducation pour la santé réalisée par leur équipe pour des domaines comme l'alcoolisme, la sédentarité ou le stress. L'abus de tranquillisants et la prévention du sida restent cependant des domaines perçus comme vulnérables à l'éducation.

Par contre, d'autres thèmes tels que la dépression, l'alcoolisme ou l'exclusion sociale sont perçus par la majori-

(1) Nous verrons dans la seconde enquête que les priorités de santé exprimées par les patients sont différentes: dépression, maux de dos, problèmes respiratoires, problèmes gynécologiques, etc.

Le patient-apprenant est pour lui-même un observateur privilégié, il est le seul à pouvoir exprimer certaines de ses réactions.

Les objectifs du patient-apprenant, ses motivations peuvent également biaiser les réponses aux tests.

Ce type de biais existe cependant quel que soit le test utilisé (auto-administration ou rempli par l'observateur).

Reproductibilité et communicabilité

Pour garantir ces 2 caractéristiques il convient d'éviter de multiplier les niveaux de réponses possibles qui risquent d'entraîner plus de dispersions que de précisions supplémentaires.

Les questions posées doivent être précises et permettre une même compréhension pour tout observateur d'une même communauté linguistique, libellées sans termes techniques évitant ainsi de faire appel à des théories contestées ou susceptibles d'entraîner des appréciations divergentes.

Facilité d'utilisation

Pour la personne testée, répondre au test Derogatis SCL 90 ne prend que quelques minutes. La dispersion des symptômes observés rend sa lecture attractive sans fixer la concentration du sujet sur une symptomatologie clairement définie.

Pour le testeur, le dépouillement du test est aisé. Il est possible d'en informatiser la lecture et le calcul des résultats.

Fiabilité

La fiabilité a été mesurée par l'auteur en utilisant son test à une semaine d'intervalle auprès d'une même population (test-retest).

La fiabilité mesurée par le test-retest est essentiellement une mesure de la stabilité du mesurage à travers le temps.

Nous mettons en place une mesure test-retest identique à celle employée par Derogatis.

Nos premières mesures montrent des corrélations très élevées entre le test et le retest mesurés à un mois d'intervalle.

Nous ne prenons en considération que les test-retest effectués chez des personnes n'ayant vécu aucun traumatisme psychologique et n'ayant entrepris aucune démarche thérapeutique pendant cette période.

Uniformité

La consistance interne du test (uniformité) se mesure en calculant les cor-

Description et utilisation du test Derogatis SCL 90

Le test Derogatis a été conçu par Leonard R. Derogatis, Ph. D., Director, Clinical Psychometrics Research Unit John Hopkins University School of Medecine.

(SCL90 Administration, scoring and procedures manual I for the Revised version and other instruments of the psychopathology rating scale series.)

Il est une auto-évaluation de l'état psychosomatique de la personne remplissant le test.

Il est constitué de 90 items ou affirmations formulées à la première personne du singulier. Ces 90 items et leur formulation sont le résultat des recherches de la Clinical Psychometrics Unit Research et reprennent les symptômes médicaux et psychiatriques le plus souvent exprimés.

Chaque item est évaluable selon 5 critères de jugement allant de *non* si la personne remplissant le test estime qu'il ne lui est pas possible d'exprimer la proposition à *oui un peu, oui moyennement, oui beaucoup, oui extrêmement*, selon que le symptôme est relativement *léger, moyen, important* ou *très important*.

Les réponses sont formulées en fonction du vécu des 7 derniers jours. Les 90 items peuvent être assemblés en 10 groupes (factorisations).

Ces 10 factorisations sont:
- dépression
- obsession - compulsion
- anxiété
- somatisation
- faible estime de soi
- hostilité
- traits paranoïaques
- traits phobiques
- traits psychotiques
- items additionnels

Les résultats sont comptabilisés de la manière suivante:

Valeur globale

Les cotations sont réparties comme suit:

0 si la réponse est *NON*
1 pour *OUI UN PEU*
2 pour *OUI MOYENNEMENT*
3 pour *OUI BEAUCOUP*
4 si la réponse est *OUI EXTREMEMENT*

de sorte que le total varie entre un minimum de 0 et un maximum de 360. Ce calcul donne la valeur globale du test.

La moyenne est le résultat de la division de cette valeur globale par le nombre de réponses formulées, Derogatis la nomme le Global Severity Index (G.S.I.).

Les items auxquels la personne ne répond ni *oui*, ni *non* sont considérés comme nuls.

Factorisation

Chaque factorisation donne un résultat global et une moyenne déterminée par la division de cette valeur globale par le nombre d'items pour lesquels une réponse a été donnée.

Une absence de réponses à 20 % des items d'une factorisation annule la prise en considération de cette factorisation.

Calcul du P.S.T.

Le Positive Symptome Total est le nombre de symptômes pour lesquels une réponse positive a été donnée.

Calcul du P.S.D.I.

Le Positive Symptome Distress Index est obtenu en divisant le nombre global de points obtenus par le nombre de réponses positives (P.S.T.)

Utilisation

Le test est proposé aux séances 0 et 20. Chaque personne le remplit seule en l'absence du thérapeute-pédagogue.

- au plan profond, la vigilance est détendue, c'est la rêverie avec un comportement correspondant à l'endormissement; à l'électro-encéphalogramme on constate une diminution des ondes alpha et l'apparition d'ondes particulières et lentes similaires aux ondes thêta.

Ce niveau est considéré du point de vue électro-encéphalographique comme une phase paradoxale de sommeil et est caractérisé par plusieurs phénomènes:

1) Incorporation des sensations extéroceptives, intéroceptives, aux zones conscientes d'où amélioration du schéma corporel;

2) Activation de la concentration, soit focalisée, soit au contraire diffuse, dirigée vers l'intérieur ou vers l'extérieur;

3) Prise de conscience, c'est-à-dire intégration de l'activité consciente et des facultés. C'est le contraire de la distraction;

4) Conditionnement volontaire personnel et positif. Phénomène important dans l'apprentissage des techniques. Le phénomène est utilisé pour remplacer certains conditionnements négatifs involontairement acquis par des conditionnements positifs volontairement obtenus;

5) Possibilité d'activer, d'inhiber, de changer certaines perceptions ou sensations concernant les mondes intérieur ou extérieur;

6) Augmentation de la capacité d'imagination;

7) Production volontaire des rêves;

8) Modification de la mémoire dans le sens d'une augmentation de ses capacités et sans qu'une amnésie consécutive n'apparaisse par la suite.

Cet apprentissage exige de 5 à 10 leçons et est intégré avec succès par 90 % de nos apprenants.

2e stade

Stade divisé en 2 phases:

A) Amélioration du schéma corporel par incorporation des sensations primaires aux zones conscientes. Le but de cette phase est de développer chez le sujet sa capacité de percevoir précocement les manifestations émotionnelles somatiques qui se développent lors de l'exposition à un stress.

B) Désomatisation des manifestations de l'émotion. Il s'agit de l'apprentissage de techniques simples et efficaces pour pallier l'apparition des manifestations citées en phase A et ce par des techniques respiratoires d'évacuation des tensions somatiques, d'inhibition de l'imagerie et du monologue mental liés à l'événement stressant, etc.

3e stade

Stade divisé en 2 phases:

A) Mise en évidence des modifications comportementales, des décisions à prendre, des choix à effectuer pour diminuer dans le futur les facteurs d'exposition au stress, et ce grâce à l'augmentation de la capacité d'imagination et de créativité.

L'accès à ces solutions nouvelles est facilité par la modification du niveau de conscience qui, le temps de la séance, inhibe les effets de la censure logique qui s'oppose souvent dans le plan de l'éveil à l'intégration consciente de ces informations.

B) Programmation mentale (toujours dans le niveau de conscience modifié) de l'installation dans l'existence du sujet des solutions mises en évidence dans la phase A et ce par un autoconditionnement volontaire, personnel et positif.

4e stade

La modification de la mémoire dans le sens d'une augmentation, sans amnésie consécutive, la production volontaire de rêves, l'augmentation de la prise de conscience, phénomènes caractéristiques du niveau de conscience proche du sommeil permettent au sujet d'auto-analyser et d'intégrer les phénomènes qui, liés à sa structure et à son histoire, interfèrent sur l'évaluation des phénomènes stressants auxquels il est exposé (ou auxquels il s'expose parfois inconsciemment).

Caractéristiques de la méthode

Autonomie

Chaque apprentissage (séance-leçon) se solde par un acquis que le pratiquant peut valoriser par un entraînement personnel.

Un cursus de base de plus ou moins 20 séances-leçons est suffisant pour acquérir l'autonomie par rapport au pédagogue.

Pré-requis

Notre programme ne nécessite aucun pré-requis intellectuel, philosophique, religieux ou socio-économique.

Primum non nocere

Aucun effet secondaire négatif à cette méthode n'a été mis en évidence. Le libre choix d'interrompre toute séance, tout programme est laissé à l'apprenant.

Adaptabilité

Cette méthode est adaptable à l'individu, au groupe (maximum 12 personnes), au temps (l'apprentissage peut se faire selon une fréquence hebdomadaire à déterminer avec les participants ou sous forme de séminaires).

Non-exclusivité

La pratique du programme n'exclut aucune autre approche complémentaire.

Evaluation

Notre première préoccupation lors de la création de notre consultation de gestion du stress a été d'évaluer les éventuels effets thérapeutiques et prophylactiques de notre approche.

Evaluer par une mesure le bien-être, le mal-être, le perçu d'un individu est fort difficile.

Nous avons néanmoins recherché dans les milieux médicaux et psychologiques les tests qui répondaient le mieux aux exigences que nous nous étions fixées et avons choisi le Derogatis SCL 90 pour les raisons suivantes:

L'auto-administration

Dans toute recherche expérimentale, le rôle de l'observateur n'est pas toujours rigoureusement neutre. Ses présupposés théoriques, ses attentes, ses objectifs peuvent introduire des biais.

Dans une approche à intervention psychique ce risque d'erreur est encore beaucoup plus important puisque la matière même du travail repose sur une relation d'évaluation du pédagogue-thérapeute envers l'apprenant-patient.

té des répondants, médecins ou non, comme peu vulnérables - voire même le risque d'un impact négatif - à la prévention.

Les soignants connaissent mal les services de prévention des Ministères, et croient davantage à l'impact de l'ONE, des groupes d'entraide, de la médecine scolaire ou de la médecine du travail. Les paramédicaux connaissent suffisamment les services agréés ou les associations privées.

La famille et la télévision ont un impact éducatif pour la santé, estimé par les généralistes aussi important que le leur et précédant celui de l'école ou des autres professions de santé.

Les paramédicaux croient aussi très fort en l'impact de la famille, mais l'école est importante et le généraliste passe mieux que la télévision! Viennent ensuite les autres professions de santé.

Les obstacles perçus

L'obstacle majeur perçu par les soignants est une difficulté de parler de prévention dans de bonnes conditions avec les patients: le motif de la consultation ne le permet pas, les patients ne le demandent pas (explicitement, du moins), ils ne semblent pas intéressés. Certains soignants craignent même de casser une relation privilégiée.

Cette difficulté d'articulation entre médecins qui craignent d'être jugés comme trop interventionnistes et patients qui n'expriment pas leurs demandes mérite sans doute une réflexion approfondie.

Le second obstacle est plus matériel: manque de temps pour s'organiser pour bien faire de la prévention et pas de paiement prévu directement pour la prévention. 16 % des paramédicaux ne se sentent pas suffisamment compétents.

De plus, les soignants des équipes se sentent un peu perdus: "D'autres font déjà de la prévention à notre place: l'ONE pour les bébés, les gynécologues pour le dépistage du cancer du sein, l'IMS, la médecine du travail, les spécialistes du dépistage du cancer, etc.". Cette surabondance de services verticaux est cependant dangereuse pour la santé publique, car les familles les plus à risque y échappent évidemment, mais ces familles ont toutes un médecin traitant. Même si celui-ci se sent peu autorisé à faire des vaccins ou un frottis de col, peut-il s'inquiéter de ce que ces examens aient réellement été pratiqués?

Un obstacle perçu comme fondamental est le manque de formation des soignants: 80 % des médecins la jugent insuffisante et la moitié des non-médecins n'ont reçu aucune formation à la prévention! L'amélioration de la formation des soignants est une piste à creuser.

Plus de la moitié (65 %) des répondants affirment que leur maison médicale organise des réunions ayant pour thème la prévention. Mais il est surprenant de voir, lorsqu'on précise ces réponses par maison médicale, que ces réponses ne sont pas homogènes. Ainsi, dans un tiers des maisons médicales, ces avis sont partagés: certains soignants affirment qu'il y a effectivement des réunions sur la prévention et d'autres affirment que ces réunions ne parlent pas de prévention. Ces divergences se confirment lorsqu'on questionne les uns et les autres sur le dernier thème préventif abordé en réunion. Ce qui signifie sans doute que, comme Monsieur Jourdain, on peut faire de la prévention sans le savoir ou encore que l'idée de prévention peut signifier des choses fort différentes d'un soignant à l'autre dans une même équipe.

Les paramédicaux qui ne pratiquent pas de prévention interpellent d'abord l'équipe: "Cela ne fait pas partie des activités proposées par l'équipe" déclarent 25 % d'entre eux; viennent ensuite, l'absence d'intérêt (14 %), le non financement, la perte de temps ou le peu de compétence...

Quelle prévention en pratique?

L'enquête n'a abordé, pour les médecins, que trois domaines classiques pour illustrer les pratiques préventives: le dépistage du cancer du sein chez les femmes, les vaccins chez l'enfant et l'arrêt du tabac. L'objet de la recherche est de comprendre ce qui se fait, où se situent les difficultés et les encouragements pour les soignants. Ce n'est pas de faire l'inventaire exhaustif de toutes les pratiques préventives des équipes.

1. Le dépistage du cancer du sein chez les femmes

Ce dépistage semble habituel dans les équipes, puisque seul 1 % des médecins déclarent ne pas le faire. Parmi les autres, ce dépistage est occasionnel: environ 70 %, quand les circonstances sont favorables. Ce dépistage est systématique pour près de 30 % des médecins. Les épidémiologistes mettent la barre haut et demandent que la prévention soit systématique pour être efficace...

Pour les médecins qui ne font pas de pratique systématique, les raisons les plus fréquentes à cette non-systématisation sont les suivantes:

- le motif de la consultation ne permet pas d'être systématique: 23 % des réponses;
- la proposition sera mal perçue par la patiente: 15 %;
- la crainte d'induire de l'anxiété, des effets négatifs: 11 %;
- les patientes sont suivies par un gynécologue: 8 %;
- pas assez de temps, ni d'argent: 7 %.

2. Les vaccins chez l'enfant

Le plus souvent (65 %), la vaccination est, cette fois, systématique. Ou sinon, occasionnelle.

Une petite moitié (46 %) des généralistes des équipes utilisent un échéancier pour les rappels de vaccination. Et les 3/4 d'entre eux envoient des lettres de convocation.

3. L'arrêt du tabac

Quand l'occasion se présente (60 %), le généraliste se sent plus à l'aise pour proposer l'arrêt du tabac, que de le proposer systématiquement (15 %) à tous les patients fumeurs. Conseiller l'arrêt du tabac semble, bien entendu, plus aisé que d'aider effectivement les fumeurs à ne plus fumer. Ces conseils sont proposés systématiquement par une moitié de généralistes. L'autre moitié en parle à l'occasion.

Parmi les autres activités préventives des généralistes, le dépistage du cholestérol et les conseils diététiques sont les plus fréquents (20 %).

Les activités préventives des paramédicaux concernent le plus souvent la petite enfance (23 %), et ensuite la stomatologie, la diététique ou la rééducation en kinésithérapie.

Les paramédicaux développent volontiers des attitudes actives de prévention à propos de l'alimentation inadéquate ou du stress. Ils se mobilisent ensuite contre la sédentarité et se sentent parfois impuissants envers le risque de sida ou l'abus de tranquillisants.

Pour tous les thèmes de prévention, les paramédicaux estiment que leur rôle premier est l'information du patient.

N'y a-t-il une contradiction entre la **perception** d'un impact globalement positif de la prévention chez une majorité de soignants et la **pratique** le plus souvent non systématique d'actes préventifs? Les non-médecins attirent même l'attention pour 46 % d'entre eux: "(la prévention) ne fait pas partie des activités proposées par l'équipe!". Bien que, à titre individuel, la plupart des soignants mènent des activités de prévention.

A côté d'une démarche exclusivement scientifique proposée en santé publique (la systématisation), quelles pratiques plus souples les soignants sont-ils prêts à mettre en oeuvre?

Contents - pas contents?

Plus de 60 % des généralistes répondants ne sont pas satisfaits de leur pratique préventive. Un tiers d'entre eux voudraient plus de temps pour faire de la prévention.

Les autres sources d'insatisfaction sont réparties de manière sensiblement égales en 4 pôles: les patients ne semblent pas motivés - les médecins croient peu à la prévention - il est très difficile d'être systématique - le généraliste manque de méthodes et d'information.

Plus de 75 % des paramédicaux ne sont, eux non plus, pas satisfaits de leur pratique préventive. Ces derniers invoquent peu la communication avec le patient (7 %), mais s'interrogent plutôt (modestement: 15 % d'entre eux) sur l'efficacité de la prévention, le manque de temps (9 %), ou les compétences insuffisantes (9 %).

Que proposent les soignants pour améliorer la prévention?

Des informations objectives, claires et précises. Bon nombre de praticiens connaissent mal les services du Ministère dans ce domaine. Exemple: la revue "Santé et Communauté" a récemment diffusé les consensus actuels sur la prévention des problèmes cardio-vasculaires et sur la prévention des cancers du col et de l'utérus.

Les soignants demandent aussi une meilleure place à la prévention durant les études et un financement correct. Etre aidé également pour une évaluation scientifique des pratiques préventives et, pour les paramédicaux, créer des structures opérationnelles d'appui.

Les atouts des maisons médicales

Les chercheurs de l'ULB en identifient plusieurs:

1. Le **temps**: paradoxalement, les médecins y auraient du temps pour parler de prévention à leurs patients, puisqu'ils voient moins de patients par semaine que les médecins qui travaillent seuls. Mais cette enquête et les données antérieures ne précisent pas si ces contacts hebdomadaires sont répartis sur peu de patients ou sur beaucoup. Nous avons subjectivement l'impression que, rien que pour le curatif, il faut suffisamment de temps pour écouter les patients et les soigner au mieux, sans les revoir inutilement. Pour une prévention réfléchie et efficace, il faut également trouver un temps supplémentaire...

2. L'**informatisation**: les 3/4 des médecins interrogés disposent d'un ordinateur à la Maison Médicale. Le dossier médical et l'échéancier ne sont cependant pas encore suffisamment informatisés pour être performants dans des tâches de prévention; ces outils sont cependant déjà à l'essai dans quelques équipes.

3. Le **secrétariat**: très utile pour la gestion et le suivi des programmes de prévention. Environ 90 % des soignants interrogés sont favorables à l'utilisation d'un échéancier et 80 % acceptent de recontacter les patients sur base de cet échéancier.

4. La **pluridisciplinarité**: les accueillants, les secrétaires et les autres soignants non-médecins se reconnaissent au moins un rôle d'information ou de gestion des activités préventives.

5. La **Fédération des Maisons Médicales** peut aider efficacement les équipes qui souhaitent développer des activités préventives.

La prévention, côté patients

Comment s'est déroulée cette seconde enquête?

Les 96 généralistes des 21 équipes ont distribué au hasard 20 questionnaires lors des consultations (2). Pour nuancer qualitativement ces réponses à un questionnaire écrit en français et remis par le médecin, un enquêteur a interviewé 150 patients dans 10 équipes tirées au hasard.

En pratique, 1500 questionnaires ont été distribués et les 2/3 (67 %) des patients ont renvoyé le questionnaire par la poste. Ce taux de participation des patients est très élevé.

Qui sont les patients qui ont répondu à cette enquête?

Surtout (72 %) des personnes de 20 à 60 ans. Les moins de 20 ans consultent peu le médecin (7,2 % parmi les répondants pour une importance de 25 % dans la population belge), et le taux des plus de 60 ans correspond à celui de la population belge de 1986: 20 %. Ce sont surtout des femmes (68 % pour une présence de 52 % dans la population).

Les filles de 16 à 20 ans ont préféré répondre aux questions de l'enquêteur que de renvoyer le questionnaire. Les patients non-belges également. Ce questionnaire écrit en français n'était pas facilement ac-

(2) Ce choix des consultations a été guidé par la facilité de la méthode, il faudra en tenir compte dans l'interprétation des résultats.

die et de diverses assuétudes (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie médicamenteuse et autres).

La structure de l'entreprise, sa hiérarchisation, sa course à la rentabilité, ses difficultés de communication sont autant de causes possibles de l'apparition du stress ressenti négativement par le travailleur.

L'entreprise peut à la fois être victime du stress qu'elle génère mais aussi de ceux vécus par son personnel en dehors du contexte professionnel.

Les conséquences habituelles de ce phénomène (absentéisme, accidents, climat maussade, etc) sont actuellement bien connues.

Causes du stress

Tout élément, toute personne, tout comportement, tout événement, tout vécu interne ou externe, toute situation rencontrée par l'être humain sont autant de stimuli nécessitant une adaptation donc un stress.

La valeur neutre, positive ou négative d'un stress n'est pas uniquement liée à la valeur du stimulus mais dépend également de l'évaluation émotive accordée par le sujet qui perçoit, intègre, répond à ce stimulus.

Chaque être humain reçoit lors de sa fécondation un matériel génétique qui lui confère un caractère unique. Au fur et à mesure de son évolution, l'être humain est confronté à toute une série de stimuli dont l'ensemble constitue une expérience unique.

Le caractère unique du potentiel génétique et de l'expérience de chaque être humain représente son unicité. C'est en fonction de cette unicité que l'homme accordera ou non de l'importance aux stimuli qu'il rencontrera.

De cette rencontre stimulus-unicité dépendra la valeur du stress et de ses conséquences.

Chacun a déjà pu se rendre compte que ses propres réactions étaient, pour un même stimulus, complètement différentes de celles d'autres personnes.

La réponse stress à un stimulus est donc bien d'avantage conditionnée par le terrain de l'humain (unicité) qui vit le stimulus que par la valeur même de ce stimulus.

Déterminer les causes potentielles de stress n'a dès lors qu'une valeur indicative mais on reconnaît toutefois certains facteurs générateurs de mauvais stress relativement commun à la majorité des hommes en ce sens qu'ils exigent un excès d'adaptation physique, psychologique ou biologique et qu'ils sont responsables de réponses allant au-delà de la réponse physiologique normale.

En voici un certain nombre:

- contraintes psychologiques: conflits conjugaux, divorce; la maladie ou le décès d'un proche; le surmenage intellectuel; la frustration; les contrariétés; la perte d'emploi; les responsabilités excessives...

- contraintes sensorielles: le bruit, l'éclairage défectueux, les vibrations...

- contraintes physiques: le froid, la chaleur, la faim, la malnutrition, le surmenage physique, la pollution...

- contraintes sociales: responsabilités professionnelles, multiplicité des obligations administratives, monotonie, répétitivité, sédentarité, contraintes de la vie dans les grandes agglomérations...

- facteurs biologiques: la maladie est un facteur de stress en elle-même; les erreurs alimentaires...

En fait, tous les facteurs énumérés ci-dessus inter-agissent les uns avec les autres.

Une bonne approche de la compréhension du stress consiste à appréhender les phénomènes dans leur globalité et leur inter-dépendance.

Gestion du stress

Le stress étant le résultat de l'indissociable relation entre un stimulus et l'être vivant, les seuls moyens de modifier les conséquences de cette relation sont soit de modifier le stimulus soit de changer la perception de ce stimulus. Il est bien évidemment possible de jouer sur les deux composantes de la relation stimulus-récepteur.

Pour le gérer, c'est-à-dire le combattre quand il est nocif, et l'utiliser quand il est bénéfique, encore faut-il savoir ce qu'il est et ce qu'il signifie pour chacun d'entre nous.

Pour être totalement objectif face à nous-mêmes, il nous faut jauger ce qui, dans notre unicité, peut être prédisposant ou aggravant dans notre manière de recevoir les agressions stressantes.

Bien se connaître et comprendre les situations qui engendrent dans sa vie des réponses négatives sont donc les seules possibilités de modifier la quantité et ou la qualité des facteurs déclenchants et des réponses d'adaptation de notre organisme.

Les modifications du facteur stimulus ne peuvent donc se concevoir qu'à partir d'une capacité d'examen introspectif de sa propre vie et de la relation avec le monde environnant.

Notre expérience

L'expérience que nous menons depuis 1990 au Centre Inter Universitaire Hôpital Ambroise Paré de Mons auprès de patients mais aussi de membres du personnel de cette entreprise nous a permis d'élaborer un programme de gestion du stress.

Ce programme est aspécifique par rapport aux stimuli provoquant le stress et est dès lors adaptable à toutes les situations vécues comme stressantes par le pratiquant (vie familiale, professionnelle, associative, conjugale, etc.).

La méthode

Notre approche thérapeutique et prophylactique du stress s'inspire des techniques sophrologiques, comportementales, cognitives et analytiques.

Cette approche s'est affinée durant ces 3 dernières années, au fil de plus de 12.000 consultations, et s'est enrichie de techniques personnelles issues de notre expérience clinique et de sa constante évaluation.

Nous divisons notre méthode en 4 stades:

1er stade

Enseigner au sujet les divers moyens d'agir sur sa concentration et ce afin d'atteindre et de maîtriser un niveau de conscience proche du sommeil dont les caractéristiques sont les suivantes:

- au plan supérieur, l'attention est flottante, avec comportement de disponibilité, établissement des ondes alpha.

La santé, cela s'apprend aussi socialement

La centaine de participants à la 5e journée d'éducation pour la santé organisée le 23 avril dernier par l'Unité d'Education pour la Santé de l'UCL n'auront pas regretté d'avoir sacrifié un samedi printanier et ensoleillé à la réflexion. En effet, les lieux où les praticiens en promotion de la santé ont l'occasion de prendre un peu de recul par rapport à leurs activités quotidiennes ne sont pas légion...

Dans son intervention inaugurale, J. Bury (OMS Copenhague) nous rappelait que le slogan "La santé pour tous en l'an 2000", un peu galvaudé par l'usage intensif qu'on en fait depuis plusieurs années, prend tout son sens si on le lit attentivement. Il n'y est pas question de médecine au bénéfice de quelques-uns, mais fondamentalement de promouvoir une approche interdisciplinaire de la santé pour le profit du plus grand nombre possible d'individus. Processus démocratique dans lequel l'éducation pour la santé a un rôle de premier plan à jouer, comme d'ailleurs l'éducation tout court.

J.-M. Longneaux (Facultés Notre Dame de la Paix) nous proposait quant à lui d'explorer les valeurs implicites à notre vision de la santé. Il remarque que la préoccupation gestionnaire domine aujourd'hui, que la médicalisation cède le pas à l'économie de la santé. Sans nier la pertinence d'une réflexion approfondie sur l'allocation des ressources, il n'en est pas moins vrai que l'irruption de la métaphore économique pose problème (1).

Ce modèle de rentabilisation de l'existence évacue tout ce qui fait la richesse et la difficulté de l'existence humaine, la souffrance, la mort, le don...

Y. Bouchard (Université du Québec à Rimouski) insistait sur le fait que l'apprentissage est le résultat d'une action entre l'individu et son environnement.

Quant à Claude Renard (RESO-UCL), s'inscrivant résolument dans une perspective où le bénéficiaire de l'éducation pour la santé est un "apprenant" actif plutôt qu'un "éduqué" passif, il présentait l'éducateur comme une ressource, un collaborateur d'un processus d'autonomisation plutôt qu'un prescripteur de "bons comportements".

Enfin, P. Marchal (FOPA-UCL), qui devait traiter du thème "institutions et apprentissage de la santé", s'étonnait de façon quelque peu provocante de ce que la santé s'apprît et de ce que des institutions s'y consacrent, stigmatisant l'inflation quelque peu suspecte de la formation, notamment professionnelle, et la disqualification des savoirs et techniques "ordinaires". Un peu d'air frais pour clôturer une matinée des plus enrichissante.

L'après-midi fut consacré à quatre ateliers-débats prolongeant les interventions de la matinée en donnant l'occasion aux participants de témoigner de leur expérience. Dans celui que nous avions choisi, sur le "rôle des institutions qui portent mandat social d'éducation pour la santé comme lieu d'apprentissage de la santé", nous avons été frappé par la participation en force de travailleurs de deux institutions, qui semblaient chercher là une solution à des problèmes rencontrés dans leur pratique. Ils auront peut-être été déçus, même s'ils ont pu s'y rendre compte que le conflit est une plus-value (encore la métaphore économique!) pour l'institution si elle parvient à le gérer de façon constructive.

Les lignes qui précèdent ne sont que quelques impressions à chaud. Pour le reste, rassurez-vous si vous n'étiez pas à Louvain-en-Woluwe le 23 avril, Education Santé publiera prochainement les textes des interventions de cette passionnante journée!

Christian De Bock ■

(1) Une illustration récente de l'utilitarisme comptable dans lequel nous baignons est la campagne "Notre santé, un capital à faire fructifier", dont notre revue a d'ailleurs diffusé le matériel auprès de ses abonnés! Et si vous pensez que l'image est anodine, je vous recommande la lecture du n°1 de la nouvelle revue "Recherches en communication", presqu'entièrement consacré à la figure de la métaphore, très utilisée dans les discours à caractère persuasif.

Le stress

De la thérapie hospitalière à la prophylaxie en entreprise

Définition du stress

Le mot stress dérive probablement du vieux français "estrece" et du latin "strictus": serré, pressé, comprimé et de l'anglais distress que l'on peut traduire par misère, affliction, épuisement.

Au sens strict, le stress est la réponse biologique aspécifique de l'organisme à toutes demandes qui lui sont faites quelles qu'elles soient: physiques, psychiques, agréables ou désagréables.

Ce mot et sa définition ont été utilisés pour la première fois en 1936 par le Professeur Selye.

L'être doit constamment réagir aux sollicitations de son milieu et s'adapter aux conditions dans lesquelles il se trouve.

Les facteurs d'agression peuvent être physiques (maladie, blessure, froid, faim,...) ou psychologiques (douleur, joie, pression sociale, plaisir,...). Ces facteurs d'agression peuvent être extérieurs ou intérieurs à l'individu, réels ou complètement imaginaires.

Le stress est universel, inhérent à la vie. On a pu démontrer que le stress existe à tous les stades de l'évolution de la vie (depuis la cellule jusqu'à l'être humain).

Elément incontournable de la vie, il se manifeste dans notre vie sociale, familiale, éducative, affective mais aussi professionnelle.

Il est reconnu comme un facteur parmi d'autres de l'apparition de la mala-

cessible aux patients italiens, marocains ou turcs.

Il y a des retraités (20 %), des demandeurs d'emploi et invalides (16 %), des ménagères (16 %), des cadres (16 %), des employés (13 %) et des ouvriers (10 %). Ce questionnaire écrit était sans doute plus accessible aux cadres et employés qu'aux ouvriers.

Les personnes qui vivent seules ont moins répondu que les patients qui vivent en famille.

62 % des répondants habitent une maison et 36 % un appartement. 42 % de ces logements sont en ville, 36 % en "ville verte" et 21 % à la campagne. Ces logements sont considérés comme peu agréables par 15 % des patients.

Et la moitié des répondants estiment leur disponibilité financière comme insuffisante (surtout en ville pour les "très insuffisante: 12 %").

Près de 1 répondant sur 3 juge peu satisfaisante ou pas satisfaisante du tout la vie qu'il mène. Cette insatisfaction de la vie concerne surtout les jeunes qui consultent.

Les patients et la santé

Près de la moitié des répondants s'estiment en bonne santé et près de 10 % s'estiment en mauvaise santé. Parmi ceux qui estiment leur santé comme moyenne (36 %) ou mauvaise, les problèmes de santé les plus importants sont les suivants:

- dépression, surmenage, stress, fatigue: 28 %;
- rhumatisme, maux de dos: 21 %;
- asthme, problème respiratoire: 14 %;
- problème gynécologique: 13 %.

Plus la santé est perçue comme mauvaise, moins on est satisfait de la vie, surtout en avançant en âge! Mais quel que soit l'âge, 10 % des patients jugent leur santé mauvaise ou très mauvaise.

10 problèmes de santé ont été proposés aux patients, qui ont donné leur avis sur leur gravité:

- très graves: le cancer du poumon. Ensuite, le cancer du col de la matrice, l'infarctus, le cancer du sein et l'alcoolisme;
- graves: trop de cholestérol, la dépression, l'obésité;
- peu graves: les caries dentaires!

Les patients et la prévention

Une liste de problèmes de santé et de problèmes sociaux a été proposée aux patients. On leur demandait s'il était possible d'éviter ce problème par un moyen de prévention. Dans l'ensemble, les patients ont une bonne connaissance de ce que l'on peut faire pour éviter ces problèmes: le brossage des dents pour éviter les caries, le vaccin pour éviter le tétanos, un meilleur dialogue pour éviter les problèmes de couple ou des enfants, une vie équilibrée pour éviter la dépression ou les maladies du coeur, etc.

Cependant, si le préservatif est connu pour éviter le sida, le dépistage du cancer est peu apprécié là où son utilité a été démontrée: cancer du sein, cancer du col de la matrice.

En pratique, que font les patients?

1. Le tétanos

Près de 30 % des patients ne sont pas vaccinés contre le tétanos et les 3/4 d'entre eux déclarent simplement que ce vaccin ne leur a jamais été proposé, surtout chez les plus de 60 ans (40 %) qui en ont effectivement le plus besoin!

2. Le cancer du col de l'utérus

Plus de 20 % des femmes de plus de 20 ans n'ont jamais eu un frottis gynécologique de dépistage du cancer car, disent 4 femmes sur 5, cet examen ne leur a pas été proposé!

3. L'arrêt du tabac

Un peu plus de la moitié des répondants sont des fumeurs ou ex-fumeurs. 85 % d'entre eux ont déjà essayé d'arrêter de fumer (et 35 % ont réussi): les 3/4 l'ont fait d'eux-mêmes et le médecin l'a conseillé seulement à la moitié des autres.

Les patients se sentent prêts à ...

Prêts à accepter une prise de sang pour le cholestérol dans 90 % des cas, lors d'un examen pré-sportif, et dans 70 % des cas lors d'une grippe... Et cela, pour tous les âges, tant chez les hommes que chez les femmes, qu'ils se sentent malades ou en bonne santé.

Les femmes de plus de 20 ans se sentent prêtes à accepter un examen de dépistage du cancer du col de la matrice dans 70 % des cas lors d'une visite pour un problème gynécologique, et dans 40 % des cas lors d'une grippe. 54 % prendront rendez-vous chez le gynécologue (42 %) ou le généraliste (12 %) quand la grippe sera guérie... (3). Seules 6 % refuseront cet examen.

Plus de 80 % des patients trouvent normal de recevoir une lettre de "rappel" pour un vaccin ou un dépistage du cancer. 70 à 90 % d'entre eux déclarent suivre les conseils de cette lettre.

Qu'en pensaient les soignants?

Quelques questions posées au cours des 2 enquêtes ont permis de décrire comment les soignants se représentent les attentes de leurs patients et de confronter ces représentations avec les déclarations de leurs patients.

A propos des lettres de rappel

Certains médecins craignaient que les lettres de rappel soient perçues par le patient "comme un moyen pour avoir plus de patients, plus de consultations et donc plus d'argent". Ceci a été démenti par 9 patients sur 10. Et les conseils prescrits sont même suivis dans la plupart des cas.

La gravité des maladies

L'obésité, le mal de dos, la dépression et l'alcoolisme ont tendance à être minimisés par le médecin. Tandis que le patient perçoit ces problèmes comme graves. Tout le monde s'accorde sur la gravité du cancer du poumon ou du cancer du col de la matrice.

La prévention proposée par le médecin

Plus de la moitié des patients estiment que leur médecin en fait trop peu! Et

(3) Ce pourcentage serait-il le même face à la situation concrète?

seuls 1 à 2 % d'irréductibles estiment que leur médecin en fait trop.

Les patients attendent surtout des conseils et des rappels d'actes préventifs.

Ceci n'est pas une conclusion

Le projet des maisons médicales ne se termine pas sur cette enquête. C'est le point de départ d'un travail en profondeur sur l'éducation à la prévention tant du côté soignants que du côté soignés.

Concrètement, chacune des équipes a reçu les résultats globaux de l'enquête ainsi que ses résultats spécifiques. A partir de cela, commence la deuxième phase: chaque équipe a pour tâche de présenter les résultats à ses patients et de chercher des objectifs communs de prévention avec les patients en vue de préparer des actions de prévention concertées et en réponse aux besoins locaux. Le dialogue va ainsi progressivement s'installer entre soignants et soignés.

A suivre donc...

V. Delpierre, J. Laperche, d'après les rapports de recherche "Education pour le Prévention" (ULB, 1993) de A. Levêque et J. Deroubaix ■

Les pratiques en éducation pour la santé

Analyse d'une professionnalisation en cours

Introduction

Qu'est-ce que l'éducation pour la santé? Les actions et les discours qui portent sur l'éducation pour la santé sont-ils le produit, ou produisent-ils des normes et des valeurs qui déterminent les comportements de santé? Sont-ils constitutifs d'identités professionnelles et sociales? Ces questions peuvent paraître choquantes ou naïves, compte tenu de l'importance des efforts déployés pour promouvoir l'éducation pour la santé et de la force de conviction régnante à propos de son utilité et de sa nécessité. L'éducation pour la santé ne peut cependant être pensée seulement en termes de concepts, de méthodes, ni d'opérationnalité ou d'applicabilité immédiates.

En effet, ces pratiques sociales et éducatives peuvent toucher bien des conduites individuelles et de nombreuses dimensions des activités collectives. Elles sont de plus en plus fréquemment menées par des professionnels de la santé, de l'information et de l'éducation, mais également par des "profanes", ou encore par des bénévoles dont l'action n'est pas nécessairement soutenue par une théorie spécifique, ni inscrite dans le cadre d'une politique globale de santé publique.

Comme dans tous les domaines de l'aide et de l'accompagnement social, et de manière plus large de l'action "sur le social", l'éducation pour la santé vise, fût-ce implicitement, dans son projet, à un titre ou l'autre une transformation du comportement individuel et collectif. Elle s'est développée, plus particulièrement en Communauté française, selon plusieurs caractéristiques qui ne sont plus guère l'objet de controverses, sauf à développer une argumentation strictement positiviste ou scientiste:

1) une grande partie des activités en éducation pour la santé résultent d'initiatives spontanées d'associations, notamment de groupes de patients(1);

2) ce développement est éparpillé et ne répond pas, en première analyse, à une politique de santé ou d'aide sociale concertée, à tout le moins à ses débuts;

3) la mobilisation de l'action se faisant principalement sur la base de critères de valeurs et de convictions aprioristes (quant à la pertinence et à l'efficacité des actions entreprises), l'évaluation de ce secteur est actuellement, par la force des choses, lacunaire;

4) enfin, les intervenants aux prises avec l'action quotidienne immédiate manquent du recul nécessaire fourni par le temps, et sont dépourvus d'instances de concertation et d'analyse critique de leur pratique et de sa contextualisation.

Le caractère polymorphe du champ de l'éducation pour la santé nous a paru justifier une enquête exploratoire, susceptible d'orienter la préparation des journées d'étude (il s'agit des journées d'échanges sur l'éthique en éducation pour la santé d'octobre 1991 - n.d.l.r.) et de contribuer à alimenter le débat.

L'enquête a permis en somme de prendre le pouls de l'intelligibilité et, dans certains cas, de la pertinence de ces questionnements dans le chef des intervenants de terrain. Les résultats présentés ci-dessous visent donc plus à élargir et à étayer un questionnement qu'à y apporter des réponses rigoureuses que seule une recherche de longue haleine - hors de nos moyens actuels - pourrait permettre.

Présentation de l'enquête

L'enquête a été réalisée dans le courant de l'année 1991 auprès d'une dizaine de personnes ressource et de responsables de groupements de fait et d'associations (le plus souvent des ASBL) créés entre 1965 et 1985. Les organismes et les institutions représentés dans les structures mises en place par la Communauté française ont été délibérément écartés. De même, ont été écartés les usagers. Ces choix, outre les impératifs de temps et de moyens, sont justifiés par l'intention d'approcher essentiellement les modalités et les conditions d'émergence d'un champ de profes-

(1) Voir à ce sujet l'enquête menée actuellement par le Centre de sociologie de la santé: L'articulation des secteurs formel et informel : étude des dynamiques de l'aide sociale dans le domaine médico-sanitaire, Anne Herscovici, Madeleine Moulin, Programme de recherche en sciences sociales, Services de la programmation de la politique scientifique, 1991-1993.

tion ("ne pas laisser n'importe qui dire et faire n'importe quoi"), et sur la coordination et la gestion des différentes structures. Cependant, quels que soient les changements et les développements de l'action dans cet espace d'éducation pour la santé, aujourd'hui comme dans les années soixante-septante, la constante est que l'éducation pour la santé demeure un lieu où se rencontrent les effets d'autres espaces sociaux (politique, idéologique, institutionnel, etc.). Il conviendrait de s'interroger plus avant sur ces effets en rapport avec les positions et les représentations des acteurs qui y interviennent, et de se demander comment les discours et les actions d'éducation pour la santé se soumettent ou se refusent aux contraintes d'autres espaces.

Il est cependant possible, au terme de ce parcours quelque peu impressionniste, de proposer trois axes de réflexion qui ramènent aux questions de départ.

Le support du rapport aux valeurs

Le premier concerne les valeurs véhiculées par les intervenants eux-mêmes et plus encore la manière dont ces valeurs s'expriment au travers des interrogations posées à et par la pratique. En effet, des questions telles que "peut-on imposer des changements de conduite à des gens qui ne demandent rien ?", "l'éducation pour la santé n'a-t-elle pas un caractère normatif et culpabilisant, n'a-t-elle pas des effets iatrogènes ?", "pourquoi savent-ils (les usagers, le public,...) mais ne le font-ils pas ?" etc., sont de plus en plus posées par les professionnels, et sont au centre de leurs préoccupations quotidiennes. Elles dévoilent d'une part la conscience d'un décalage entre la volonté de diffusion et l'état de préparation des destinataires de ces discours et de ces actions. Elles traduisent d'autre part le souci de se donner une ligne de conduite "efficiente" et une déontologie respectueuse d'une certaine éthique. Quels sont les fondements de cette efficience et de cette éthique? Reposent-elles sur un postulat d'époque, selon lequel il faut "aider les personnes à être autonomes" dans la gestion du risque? Reposent-elles sur la volonté de faire de la réduction des inégalités d'accès aux conditions d'une bonne santé, un objectif premier? Reposent-elles sur un souci de gestion et de contrôle de comportements socialement déviants, rapportés ou non à des normes strictement sanitaires?, etc. Ces interrogations ne sont certes pas monolithiques. Il est d'autant plus intéressant d'en percevoir la spécificité et les intrications.

L'inscription sociologique

Le deuxième concerne la contextualisation de l'émergence du champ de l'éducation pour la santé. La question ici est celle des déterminants culturels et idéologiques qui président à la production du champ de l'éducation sanitaire. Corollairement, la question serait de comprendre les déterminants sociaux et idéologiques à partir desquels les actions préventives et éducatives tirent leur légitimité. Cette double question ne peut être détachée de son pendant du côté des groupes sociaux destinataires et de leurs dispositions à l'égard des informations sur la santé. Plus encore que les autres, elle n'a pu être abordée que par la perception subjective des intervenants, liée à leur expérience immédiate.

Les réseaux croisés de conceptions

Le troisième axe de la réflexion porte sur l'articulation des différentes *logiques* déployées en éducation pour la santé. Il s'agit de s'interroger sur les collaborations entre partenaires d'horizons différents. Les questions sont de savoir s'il existe un consensus sur les fins poursuivies, et si les enjeux résident dans les seuls postulats cités ci-dessus, ou ailleurs (enjeux politiques, professionnels, etc.).

En effet, l'éducation pour la santé est un lieu de rencontre de plusieurs acteurs (politiques, intervenants, chercheurs, etc.) et de plusieurs disciplines qui influencent, chacune à sa façon, l'action et le discours qui la légitiment. Il entre dans la logique des décideurs politiques et des dirigeants d'entreprise d'attendre des intervenants le plus d'efficacité au moindre coût. Ils font valoir la rationalité de la gestion.

Les chercheurs ou les "spécialistes", de leur côté, font valoir leurs connaissances scientifiques et les "praticiens" font valoir leur connaissance du terrain et attendent des chercheurs plus d'opérationnalité et de conseils pratiques. Les rapports entre ces différents partenaires ne sont pas toujours posés ni vécus en complémentarité. Partant, les enjeux ne se situent pas seulement au niveau de l'adéquation de leurs apports réciproques, ni de leurs conceptions de la santé. Dans le contexte de pluridisciplinarité où le pouvoir médical est présumé englobant (cela est-il vrai au sein de l'entreprise?), les différentes disciplines ne font pas nécessairement bon ménage (ceci n'est pas l'apanage de l'éducation pour la santé). Il s'établit entre elles, et par voie de conséquence entre les intervenants, des rapports conflictuels, entre autres sur la base d'une perception subjective et objective de la hiérarchie des tâches. Chacun défend sa position et stigmatise celle d'autrui, située sur un autre échelon effectif ou symbolique de la hiérarchie, ou dans un "ailleurs", concurrentiel ou non. Les luttes pour le monopole de diffusion de "la bonne" éducation pour la santé ou contre l'instauration d'un tel monopole sont actives, et l'argument du "droit du patient" se confond fréquemment avec celui de la compétence professionnelle. Cependant, si l'éducation pour la santé peut être considérée comme un espace générateur d'identités et de positionnement, les références identitaires ne sont pas strictement professionnelles. Elles empruntent également au champ de l'interrogation sur le sens et les finalités de l'action. A l'emballage socio-politique de cette interrogation a partiellement succédé celui de l'éthique.

Mohamed Ouslikh, Madeleine Moulin, Anne Herscovici ■

Ce texte est extrait de "L'éducation pour la santé. Quelle(s) éthique(s)?", (dir. sc. M. Moulin), Actes du colloque de Bruxelles, 3-4 oct. 91, édité par le C.D.C.S., 1993, 175 pages.

Ces actes ont été publiés avec le soutien du Ministère de la Communauté française de Belgique. Ils sont toujours disponibles au C.D.C.S., av. Jeanne 44, 1050 Bruxelles, au prix de 600 FB - 150 FF.

sions ne portent pas sur des questions institutionnelles, les attitudes des clients sont l'objet de débats et d'interrogations. On réfléchit à leurs dispositions, à leurs résistances, aux démarches qu'ils entreprennent, aux messages qu'on leur adresse. On cherche de meilleurs moyens de communiquer avec eux et de les intéresser. On s'essaie à établir les raisons de ces comportements à la lumière des caractéristiques culturelles des clients.

Il semble souvent évident pour les éducateurs à la santé qu'il existe des sensibilités culturelles variables selon les différents groupes sociaux, et que ces variables déterminent des dispositions différentielles à l'égard des informations sur la santé. Dès lors, quand on a ciblé le risque à prévenir, on essaie de cerner les facteurs générateurs des comportements à risque. On procède à des identifications et à des distinctions culturelles, sociales, voire biologiques des groupes concernés: "*Le thème santé marche plus avec les femmes qu'avec les hommes, parce que, eux, ils ne connaissent rien et ils font comme s'ils s'en foutaient*". Parmi les fumeurs, "*entre les hommes et les femmes, la dépendance et les réactions au sevrage sont totalement différentes. Chez les jeunes, joue la notion d'économie. Les hommes de trente à quarante ans sentent que leurs performances sont quelque peu diminuées; ils veulent faire du sport et se dépasser (...). Les ouvriers ont plus de peine à arrêter: le niveau intellectuel a une certaine influence sur la réussite*".

La tentation de l'évaluation morale

La question de savoir "*ce qu'il faut faire pour que ça marche*", laisse supposer en première analyse que le problème est d'ordre méthodologique et technique. Or, on constate qu'elle englobe et cache d'autres questions, plus fondamentales, exprimées lors des entretiens: celles du sens même de l'action. Ces questions sont pourtant rarement, sinon jamais débattues explicitement au sein de l'équipe: ..."*parce que si on se pose des questions sur tout ce qu'on fait, on ne peut rien faire*" ou, "*si on fait des projets à long terme, on risque d'être démoralisés*". "*Il y a toute la question de l'efficacité. Est-ce que de fait ça sert à quelque chose, ou est-ce finalement un produit de luxe des sociétés développées qui ne savent plus comment résoudre les problèmes de santé des gens?*".

On perçoit, derrière cette entreprise d'auto-évaluation, accompagnée d'une propension à la dévalorisation, des préoccupations d'ordre éthique. Fond idéologique et tentatives de formuler la moralisation des entreprises d'éducation pour la santé se mêlent dans un discours émaillé de convictions. Tour à tour prennent le dessus, la volonté de mieux utiliser les énergies et le découragement face à un travail qui ressemble étrangement au rocher de Sisyphe dont on ne saurait jamais très bien de quel côté de la colline il va décider de redescendre: "*Depuis tout ce temps qu'on fait de la prévention contre le tabac, contre la drogue, pourquoi y a-t-il toujours autant de fumeurs et de drogués, si ce n'est pas plus ?*", "*quelle est l'efficacité de ce que nous faisons? (...)*". "*Qu'est-ce qui marche? A mon avis, il faudrait un jour ou l'autre, entre éducateurs pour la santé, se dire: maintenant mettons cartes sur table. Qu'est-ce qu'on fait, et est-ce que ça sert à quelque chose? Au lieu de toujours batailler contre les pouvoirs publics et les commanditaires qui disent: oui mais quelle est votre efficacité ?*". "*Qu'est-ce qu'il faut faire et qu'est-ce qu'il ne faut pas faire? (...)*, s'interroge un médecin. *On ne sait plus dans l'éducation pour la santé quelle est la part de l'émancipation, et celle de la contrainte*".

Des fondements politiques aux critères professionnels

Lorsque la justification politique de l'intervention est en quelque sorte abandonnée au profit d'une interrogation d'ordre moral, l'adoption de règles d'action strictement professionnelles est apportée comme une réponse à ces interrogations: "*On n'a pas à imposer notre propre culture aux autres (...). Nous avons osé nous réapproprier nos spécificités et nos compétences*" (...). "*Face à ces constatations, il nous a semblé alors nécessaire de nous positionner clairement: face à une population qu'au départ nous avons choisie, étiquetée «exclue», «marginale», «victime de l'injustice sociale», nous avons alors voulu être beaucoup plus clairement la «personne ressource», le «spécialiste» qui offre à cette population du quartier l'opportunité d'entreprendre - ou de ne pas entreprendre - un processus de transformation (individuel ou collectif). Un grand avantage de cette position en tant que travailleur ou professionnel, est justement de marquer clairement, pour les utilisateurs comme pour nous, le terrain sur lequel on se situe (...). Un autre avantage est de pouvoir alors mieux cerner les limites des interventions (...) et d'élaborer des stratégies d'interventions qui en tiennent compte*".

Ces interrogations communes, comme les conflits dans lesquels les professionnels de la santé sont impliqués, sont un moyen de créer une identité commune et d'en dessiner les contours spécifiques.

Conclusions

L'institutionnalisation et la professionnalisation ont suscité des modifications dans les stratégies des intervenants et conduit certains à abandonner une forme de légitimité pour une autre. L'action militante qui se fondait sur des aspirations au changement de rapports sociaux se transforme en pratique qui s'appuie sur une formation scientifique ou technique acquise. Les débats et les discours sur la société deviennent des débats sur les rapports aux populations-cibles et aux partenaires. Les interrogations sur les utopies deviennent des interrogations sur les compétences, sur les méthodes ou sur l'éthique. Les classifications professionnelles traditionnelles, hiérarchisantes, cèdent le pas à des classifications professionnelles aux identités spécifiques qui se forgent et se déploient sur des catégories de personnes: jeunes, troisième âge... Le public "cible" est en effet de plus en plus ciblé, mis en catégories serrées, cloisonnantes, en miroir de l'orientation de la professionnalisation en cours.

Ces modifications sont induites par de nouvelles exigences qui portent sur la compétence et la formation des intervenants, sur la pertinence de leur action, sur le terrain ("à la base" dirait-on), en amont des processus d'institutionnalisation, mieux connus.

Le choix des lieux d'investigation s'est fait par "simple" raisonnement de bon sens (en fonction de leur spécificité et des facilités de contact entre autres); il n'y a pas lieu de chercher dans le traitement de ce matériel une quelconque représentativité du terrain, mais bien une illustration de types de discours et de pratiques actuellement présents sur le terrain, en dehors précisément des organes officiels de représentation et de contrôle institutionnel.

Des entretiens en profondeur ont été menés et enregistrés.

Les informations recueillies ont donné lieu à un traitement analytique et thématique dont la logique interne se retrouve dans l'organisation de la suite du propos. Néanmoins, l'analyse fournie ci-dessous ne représente qu'une partie de l'exploitation du matériel. Seules ont été retenues les dimensions principales, éclairant globalement les interrogations de départ.

L'anonymat des personnes et des lieux est préservé; ceci explique le style parfois allusif de certaines évocations.

Les extraits d'entretiens illustratifs ou explicatifs, sont transcrits strictement dans les termes des personnes interrogées.

Enfin, répétons-le, il serait contraire à la plus élémentaire règle de rigueur d'extrapoler à partir de cette pré-enquête exploratoire. Le traitement des entretiens et le commentaire qui l'accompagne ne visent pas à fournir une connaissance strictement objectivable du champ de l'éducation pour la santé; il convient de les considérer comme l'expression des représentations, des convictions, des expériences, des attentes, etc. des personnes interrogées, à ce moment-là, et en réponse à des questions ciblées, quoique très ouvertes.

Quelques rappels historiques

Les préoccupations de fondateurs des initiatives étudiées sont diverses. Les uns entendaient réformer le système des soins de santé; c'était leur façon d'intervenir dans une perspective politique en dehors des appareils traditionnels, pour changer la société. D'autres sont arrivés à l'éducation pour la santé plus simplement, en cherchant un emploi. C'est parfois au gré des "pratiques inventives"(2) de la vie associative que naît l'idée de mettre ses compétences professionnelles au service de la population: "*L'équipe d'animation de quartier, dit un médecin, est née en 1975 pour réagir contre la destruction des habitations (...); elle s'est aussitôt attaquée à d'autres problèmes sociaux: alphabétisation des femmes immigrées, assistance aux personnes âgées (...). Dans ce comité il y avait une infirmière travaillant en hôpital et une étudiante infirmière sociale qui m'ont demandé de créer un groupe santé pour répondre aux besoins avec une vision globale du quartier* ". Il en est à peu près de même pour cette kinésithérapeute qui a commencé dans un groupe d'alphabétisation: "*Quand je suis arrivée cette personne m'a dit «tu fais ce que tu veux, à toi de choisir». J'ai commencé comme bénévole et j'ai fait ce que je voulais. Avant j'ai fait pas mal d'alphabétisation, et comme il y avait moyen de travailler la santé, qui est ma formation, dans les cours d'alphabétisation, cela m'intéressait davantage*".

L'héritage hygiéniste et militant

Pour situer les pratiques d'éducation pour la santé, il ne suffit cependant pas d'interroger des intervenants sur leur façon de penser leur action et leurs objectifs. Il faut se rapporter aux circonstances historiques, politiques et sociales qui ont présidé à leur production. Rappelons(3) que les pratiques d'éducation pour la santé sont nées dans la foulée de l'hygiénisme du XIXème siècle et de la lutte contre la pauvreté et ses effets (tuberculose, alcoolisme et autres maladies sociales), et plus tard du mouvement social qui se déployait dans l'action sociale et culturelle des années soixante-septante.

Tout comme les comités de quartier, les "radios libres", les actions "alternatives", etc., l'éducation pour la santé participe de ces initiatives qui veulent changer les rapports de l'homme à autrui et à son environnement. Au début, les initiatives sont le plus souvent portées par des médecins et des travailleurs sociaux informés des questions de santé. A l'origine de l'initiative, se trouve une équipe de médecins ou de paramédicaux qui développent d'autres interventions sociales en s'associant à d'autres groupes (c'est le cas de certains centres de santé mentale et des maisons médicales), ou un groupe qui n'avait pas nécessairement l'éducation pour la santé dans ses activités (par exemple, un comité de quartier) et qui l'intègre dans ses projets, par exemple parce qu'un médecin ou un paramédical participe au groupe. Dans tous les cas, il y a la présence ou la collaboration de médecins et de paramédicaux. Les acteurs sont généralement des professionnels qui concilient leurs activités professionnelles et la mise en pratique de leurs idéaux. Selon un document qui fixe les objectifs d'une maison médicale, "*le schéma théorique de référence est le centre de santé intégrée (CSI); unité de base de soins primaires (...). Le groupe santé rattache son travail à une réflexion socio-politique plus globale. Sa volonté est de participer à un mouvement populaire pour un changement de société par le biais de la formation et de la réflexion, réalisée tant avec la population du quartier, qu'avec d'autres groupes travaillant dans le même sens*".(4)

Le renouvellement: emploi, Etat Providence et vie associative

Dans le domaine de la santé, les acteurs de ce mouvement militent pour "les droits du malade", en faveur de "la prise en charge des problèmes de santé par la population elle-même",

(2) *Chevreuse, C., Pratiques inventives du travail social, Editions Economie et Humanisme, Les Editions Ouvrières, Coll. "Politique sociale", Paris, 1979, 248 pages.*

(3) *Voir dans les Actes du colloque : Madeleine Moulin, Les professionnels en éducation pour la santé : nouveaux Don Quichotte ou Messieurs Jourdain de la santé publique?*

(4) *Document d'information d'une Maison médicale, S.D.*

contre le système de santé qui "déresponsabilise la population" et "l'aliène" par manque d'information émanant des dispensateurs de soins, contre "la surmédicalisation", etc.; en somme contre ce qui est perçu comme "le monopole" des décisions, non seulement en médecine, mais dans tout le champ de la santé. Cette position peut être résumée par cette motion du G.E.R.M.: "*La promotion de la santé nécessite la participation effective de la communauté des individus aux prises de décision à tous les échelons. La compétence technique ne peut assurer à celui qui la possède un monopole, en droit ou en fait, de la prise de décision; il doit surtout se consacrer à fournir une information objective, base nécessaire et préalable à toute décision*".(5)

Ces initiatives ont amorcé le processus de renouvellement de la problématique de l'éducation pour la santé: elle n'est plus à charge des seuls grands organismes spécialisés et d'imposantes institutions comme l'ONE ou la Croix-Rouge par exemple. En conséquence, elle tend à s'imposer comme un secteur spécifique du travail social. Un nombre important de petites asbl se sont constituées dans les années septante et même quatre-vingts, se donnant pour vocation l'information et l'éducation sanitaire, à la faveur du "Plan Spitaels"(6). Dans le contexte de crise et de chômage des années quatre-vingts, les associations à but social et culturel se présentent comme une source d'emploi pour ceux qui sont pourvus d'une formation intellectuelle difficilement professionnalisable sur le marché de l'emploi, et plus particulièrement les éducateurs, les assistants sociaux, les psychologues, les sociologues, etc. Ce fut pour le mouvement associatif l'occasion d'investir un domaine de l'action sociale non ou peu couvert par les pouvoirs publics et, dans le domaine de la santé, de mettre en oeuvre une approche éducative dédaignée par l'institution médicale.

Implosion et rationalisation

Un nombre considérable d'associations les plus diverses placent donc l'éducation pour la santé dans leurs objectifs, selon des modalités et avec des justifications variables. L'association est le plus souvent le lieu où des projets, individuels ou collectifs, se coordonnent, se définissent au fil du temps. Le projet commun est plus ou moins clairement défini et intériorisé par les personnes interrogées selon qu'elles ont ou non participé à son élaboration et à la mise en place de l'association. L'important pour ceux que réunit un projet, demeure de s'investir dans une mission orientée vers le bien-être de la population, ou d'un segment de celle-ci. En l'occurrence, un état de santé idéal, peu défini, est l'objet transcendant porteur.

Pour ce faire, les fondateurs de l'association entendent agir à la fois sur les populations par l'information et l'éducation, et sur les pouvoirs publics comme groupe de pression. Leur action porte soit sur un thème spécifique (le tabac, la drogue, l'alimentation et la nutrition, etc.), soit sur plusieurs thèmes de santé, avec un intérêt pour d'autres secteurs de la vie sociale (alphabétisation, assistance sociale et psychologique aux chômeurs, rattrapage scolaire, problèmes de logement et de vie dans le quartier, etc.). D'ailleurs, parmi les associations visées par l'enquête, celles qui interviennent sur plusieurs thèmes de santé et sur d'autres secteurs sociaux sont chronologiquement plus anciennes que les autres. Elles ont une démarche plus explicitement militante. Les objectifs communs et les critères d'intervention sont initialement fondés sur des valeurs et des convictions sociales, politiques, voire religieuses dans certains cas.

Ces initiatives n'ont pas trouvé leur souffle ni gardé leur énergie sui generis seulement.

On a vu(7) qu'elles ont trouvé des relais auprès des décideurs politiques découvrant progressivement le rôle possible de l'éducateur à la santé et l'intérêt d'un financement des initiatives prises en la matière. En dehors de tout cadre réglementaire assurant la pérennité (mais sur base d'un article budgétaire "non réglementé"), les subsides de la Communauté française sont passés, de 1975 à 1985, de 5.000.000 à 90.000.000 de francs.

On comprend donc la multiplication des initiatives "de base"(8), et on devine la multiplication des demandes de subsides.

Faut-il s'étonner dès lors de l'émergence d'une volonté de rationalisation de ce secteur dans le chef des responsables politiques? Mais aussi dans celui des principaux intervenants, en particulier les acteurs les plus institutionnalisés, en cheville avec des centres de recherche ou de formation qui n'apprécient guère le développement désordonné du secteur et se font porte-parole de ce secteur pour demander que soit rationalisée sa production et régulé son marché(9). Et comme s'il fallait définitivement rompre avec une période réputée d'amateurisme, de bricolage(10) et de bonne volonté, ils demandent que leur soient offertes des garanties de continuité et un "complément" de moyens pour leurs services qui "nécessitent du personnel extrêmement spécialisé et compétent" et plaident pour que soit assurée une souplesse politique vis-à-vis de leurs actions. On retrouve là des demandes caractéristiques du secteur du travail social: reconnaissance de l'expertise spécifique et générale, reconnaissance d'une contribution substantielle au bien-être collectif, un financement stable et adéquat,... en même temps qu'une autonomie aussi large que possible par rapport aux pouvoirs publics.

(5) *GERM, Pour une politique de la santé, Revue Nouvelle, Ed. Vie ouvrière, n° spécial, Bruxelles, octobre 1971, page 246.*

(6) *Dans le cadre de mesures prises par le Gouvernement pour faire face à la croissance du chômage, le "Plan Spitaels" visait l'intégration professionnelle des chômeurs de longue durée tout en faisant bénéficier les a.s.b.l. de salariés, à charge de l'Etat (CST, TCT, et chômeurs mis au travail, en un mot les "sous-statuts").*

(7) *Voir dans les Actes du colloque: Madeleine Moulin, Les professionnels en éducation pour la santé : nouveaux Don Quichotte ou Messieurs Jourdain de la santé publique?*

(8) *On aurait recensé quelque cent vingt organisations en 1969, et plus d'un millier en 1977.*
Lettre d'information du GERM, n° 139-140, juillet-septembre 1980, 64 pages.

(9) *Education Santé, n° 34, janvier 1989, p. 3.*

(10) *Charles Picqué, "J'ai voulu opérer une simplification gigantesque du brol existant", Education Santé, n° 34, janvier 1989, p. 2. et encore "l'activisme tient trop souvent lieu de compétence", Education Santé, n° 33, décembre 1988, p. 3.*

Le créneau de l'entreprise

Ceux qui interviennent au sein de l'entreprise, parlent de l'éducation pour la santé en termes de marché, de clients, de fournisseurs, de contrats et de prix: "*L'action doit être scientifique (...). On doit s'y prendre comme pour l'étude d'un marché: identifier les problèmes (...), répondre à la demande (...), respecter les contrats (...), être attentif à la concurrence et aux contraintes de l'entreprise, et faire de la sous-traitance (...).* Fonctionner comme une entreprise n'empêche cependant pas d'imprimer à l'action un caractère social: "*Il y a quelque chose d'intéressant pour nous, c'est de faire pénétrer dans le milieu du travail une conception sociale, avec des implications économiques très fortes, mais où le bien-être de l'homme dans son milieu de travail est important (...). Il faut promouvoir les bonnes relations et la qualité de vie au travail plutôt que de produire et de gagner beaucoup de sous*".

Pour un assistant social intervenant en entreprise, il s'agit de sensibiliser le personnel aux problèmes de santé qui dégradent la qualité de la vie en entreprise. La méthode idéale à ses yeux, si les employeurs ne faisaient pas obstacle, serait de faire une enquête pour "*identifier les problèmes, et si possible avec des chiffres, des choses mesurables, en interrogeant des interlocuteurs privilégiés, qui peuvent nous interroger sur la culture du problème, et puis de travailler avec d'autres groupements (d'éducation pour la santé intervenant pour des thèmes particuliers de santé, alcoolisme, drogue, etc.) en sous-traitance*".

L'accès à l'entreprise pour y développer l'éducation pour la santé n'est cependant guère aisé. La prévention est souvent considérée par les dirigeants comme une perturbation du fonctionnement de l'entreprise. Le décalage entre le projet éducatif, peu pointu et étranger à la vocation de l'entreprise, et les attentes managériales ou ergonomiques de celle-ci rend la négociation d'une activité formelle malaisée: "*Je pense intégrer dans notre projet un ergonome ou un manager (...). Il faut connaître le langage et les méthodes du management pour parler le même langage que le chef du personnel (...)*".

Tabac, religion et éducation pour la santé

Autre exemple, celui d'un pasteur (adventiste) qui en luttant contre le tabac, estime assumer sa mission ecclésiastique: pour lui les fondements de l'éducation pour la santé sont religieux. Son but est de "*rapprocher l'individu de la nature, et aussi de tendre la main au prochain, pour le principe d'une vie saine*". Il travaille seul à l'application d'une méthode élaborée et utilisée par les associations liées à son église. L'action est adressée aux fumeurs qui veulent cesser de fumer. Elle est organisée pour des groupes car "la méthode" utilisée "*ne marche pas avec des individus isolés*". Cette méthode consiste à informer le public sur les méfaits du tabac, et à lui révéler "le bonheur" que procurerait sa "*libération du tabac*" en respectant certaines règles de comportement et un régime alimentaire prescrits par l'association. La procédure a un caractère cérémonial très ritualisé. Le pasteur pense que sa méthode ne nécessite aucune formation autre que celle acquise par l'expérience au sein de son église: "*C'est une initiation qui se fait parmi les membres de notre Eglise (...). Cette initiation ne se fait que pour les membres de l'Eglise car on n'aimerait pas que d'autres s'accaparent notre méthode pour en faire n'importe quoi*" . L'animateur se charge de "*la stimulation psychologique*" des participants. Pour les informations scientifiques concernant les effets du tabac, il fait appel à des médecins, membres de l'association ou qui "*respectent ses objectifs*".

La pierre d'achoppement de l'évaluation

A l'évidence, on se trouve en présence d'une grande diversité de conceptions, de justifications, de convictions et de motivations. De plus, le "*bien-être de la population*" et l'intégration sociale des "*populations à risque*" ne sont pas déterminés par les seules caractéristiques de ces populations, ni par la connaissance de priorités établies. Les populations ciblées sont définies à partir des comportements associés aux risques à prévenir. Le public visé est souvent perçu comme un ensemble diffus de gens qui se nourrissent mal, qui fument, ou se droguent, ou encore sont des marginaux et des exclus, selon l'idéologie de l'intervenant, sa trajectoire professionnelle, et les contraintes du champ.

Cependant, au delà de cette diversité, les mêmes interrogations sont posées, répétées, évoquées: qu'est-ce qu'il faut faire pour que ça marche? Voici en fait posée, quoique de façon peu conceptualisée, la question de l'évaluation, planant à la fois comme une exigence fonctionnelle, une contrainte intériorisée, une impossibilité méthodologique ou matérielle.

La quête du Graal

Alors que les contours du professionnalisme font l'objet d'une attention vigilante et s'inscrivent très concrètement dans les stratégies de l'action, l'évaluation demeure un mot abstrait, un objectif inaccessible.

Toutes les personnes interrogées expriment leur conscience ou leur conviction qu'il "*faudrait*" procéder à des évaluations. Mais le contenu et les modalités ne sont ni proposés, ni connus (quand ils existent). Sauf dans un cas(17), aucune évaluation systématique n'a été entreprise. L'évaluation est réduite aux perceptions, aux sentiments et aux appréciations subjectives, en prise directe avec la réalité quotidienne, à défaut d'une compétence quelque peu mystérieuse et qu'au demeurant personne ne nomme. Comme l'exprime cette éducatrice, la nécessité de l'évaluation, ressentie au jour le jour, ajoute au désarroi quant à la justesse, l'adéquation de la pertinence de l'action: "*on n'a ni les moyens ni la compétence pour évaluer*". "*L'évaluation est un très gros problème; on ne sait pas ce qu'apporte ce que nous faisons (...)*", confirme une autre.

L'outil de la subjectivité

Dans certains cas, on tente de faire face à cette insécurité dans et par le travail d'équipe. Lorsque les discus-

(17) *Un éducateur dit avoir procédé à une évaluation (réalisée par une Ecole de Santé Publique) qui a pu montrer l'efficacité de la méthode utilisée.*

d'aucune utilité parce qu'elles ne sont pas opérationnelles. Quand on nous parle de la mauvaise alimentation, ... ce n'est pas évident quand on va dans les écoles où les responsables se renvoient la balle, chacun renvoie la responsabilité sur un autre, sur un territoire sur lequel il n'a aucune prise: l'enseignant dit que ce n'est pas à lui de faire le travail, mais aux parents qui donnent des chips,... ou c'est la faute de la cantine. Ce qu'il faut, ce sont des publications opérationnelles. Qu'on fasse faire de stages et des mémoires aux étudiants, qu'on les mette à la disposition des gens du terrain, qu'on nous fasse profiter des expériences pratiques qui se passent ailleurs (...)".

Les connaissances scientifiques

C'est à ces connaissances que les intervenants sociaux en éducation pour la santé font référence quand ils affirment leur spécificité dans le travail social, car, disent-ils, il s'agit de santé, ce qui suppose une démarche et des connaissances spécifiques, et en conséquence un personnel "*extrêmement spécialisé et compétent*", selon l'expression citée plus haut. L'omniprésence de la médecine n'est sans doute pas étrangère à la revendication de cette spécificité. Dans ces conditions, l'action en éducation pour la santé peut se prévaloir d'une légitimité scientifique, qui apporte une plus-value à la démarche sociale.

L'usage social de la formation

Nous avons constaté que la nécessité d'une formation est spontanément invoquée par les sujets de l'enquête, dans le contexte des rapports entre les institutions et entre les disciplines, et dans celui de leurs rapports avec les pouvoirs publics. A travers la formation et la reconnaissance qu'elle appelle, les intervenants expriment leur quête d'un statut et d'une identité professionnelle qui leur permet de revendiquer et de s'approprier un espace au sein duquel ils seront perçus et se percevront comme différents d'autres catégories d'intervenants. A cet égard le champ de l'éducation pour la santé offre des possibilités de positions identificatoires abondantes.

Les propos recueillis témoignent de ce qu'en effet la recherche d'une formation et la constitution d'une qualification permettent de justifier "*une position et une autonomie dans le travail vis-à-vis des différentes tutelles et de mettre les travailleurs sociaux dans une situation de plus grande indépendance vis-à-vis de partenaires de travail, surtout les psychiatres et les psychologues*".

Ceci nous amène à penser que la formation est recherchée et son importance proclamée plus comme une exigence sociale que strictement professionnelle[15].

La diversité des pratiques

Les conceptions et les principes qui régissent les activités en éducation pour la santé ne sont pas élaborés dans le cadre d'un projet de politique de santé global ni selon les orientations générales préconisées par des institutions comme l'OMS [16]. Les pratiques sont au contraire basées sur l'expérience directe et immédiate des intervenants et des équipes. Le cadre de référence pour penser et organiser le travail est essentiellement celui des compétences professionnelles; ceci rejoint l'analyse des logiques, présentée plus haut.

Dans ce contexte, il n'est guère étonnant que les préoccupations, les démarches et les pratiques soient très diversifiées et qu'il ne soit pas aisé de les considérer autrement que comme des univers singuliers, souvent clos sur eux-mêmes, comme tendent à le montrer les propos qui suivent.

L'éducation pour la santé auprès des plus démunis

Quand l'éducation pour la santé est intégrée dans les cours d'alphabétisation, son principal objectif est de surmonter la méconnaissance du corps et l'incapacité des analphabètes à se défendre contre les abus des dispensateurs de soins: "*Ils vont parfois chez des médecins, des pharmaciens et dans des cliniques qui ne leur expliquent pas ce qu'ils ont ou ce qu'ils doivent faire, et qui les exploitent*".

Lorsque cette population est d'origine immigrée, "*il est difficile, voire impossible de faire de l'éducation pour la santé (...). Les gens qui ne parlent déjà pas bien le français, ont des a priori et des représentations du corps qui font que le message ne passe pas. Certains pensent que le stérilet va au coeur; ou que le citron rend le sang blanc, et qu'il suffit de prendre du citron pour maigrir (...)*". De plus, "*Ils sont méfiants parce qu'ils savent qu'il y a des préjugés à leur égard*". Par conséquent il faut donner à cette population les connaissances qui lui permettent de comprendre: "*Alors, on a commencé par des cours «comprendre le corps» (...) en présence d'un médecin au début, pour les cas où il y aurait des questions précises, et où il faut aller plus loin dans le problème*". Ces cours sont préparés collectivement par l'équipe (une kinésithérapeute, une interprète médicale, des enseignantes, une sociologue et un médecin) et organisés selon le modèle scolaire (préparation des leçons, exercices et examens). Le thème de la leçon est choisi soit par les animateurs, soit par les élèves "*en fonction des choses qui nous paraissent importantes, de l'actualité, du moment de l'année, ainsi que de l'intérêt des participants et du matériel disponible*". Ils sont adaptés aux activités des partenaires qui organisent la formation: "*Par exemple les cours de cuisine sont l'occasion de discuter de la valeur nutritive des aliments, de leur coût et des habitudes alimentaires*".

Ces cours sont donc donnés dans le cadre des activités d'autres associations dont la vocation est par exemple l'alphabétisation, la formation ménagère ou professionnelle. Une spécialiste en éducation santé intervient mais de façon pragmatique et pratique. Intégrés dans la vie de quartier, ces cours visent à donner aux personnes "les moyens de leur autonomie et de leur responsabilité vis-à-vis de la santé". Leurs animateurs sont particulièrement sensibles aux problèmes de logement, du travail... et convaincus de ce que "l'action doit aussi se situer au niveau politique".

(15) Nous ne nous écartons pas ici de l'analyse freidsonienne des professions : FREIDSON, Eliot, La profession médicale, préface de Claudine Herzlich, Ed. Payot, Paris, 1984, (1ère éd. or. 1970), 369 pages.

(16) Par exemple par le programme : Les buts de la santé pour tous. Buts de la stratégie régionale européenne de la santé pour tous, Ed. Organisation Mondiale de la Santé - Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1985, 227 pages.

L'Arrêté de l'Exécutif du 8 novembre 1988[11] est un aboutissement de ces aspirations: la réglementation est motivée par le souci de coordonner les actions, de leur donner plus de rigueur, et de définir celles qui, étant prioritaires, peuvent être développées dans toute la Communauté française.

Evolution des conceptions idéologiques

De façon parfois amère, mais le plus souvent avec clairvoyance, les intervenants posent un regard critique sur l'évolution du contexte dans lequel se sont façonnées et ajustées leurs convictions et l'orientation de leur action.

L'identité et les valeurs bousculées

L'institutionnalisation de l'éducation à la santé, son entrée au Gotha des objectifs consensuels ainsi que l'investissement de ce champ par des professionnels ne sont pas sans effets sur les conceptions qu'en ont ses acteurs, sur leurs justifications et sur leur façon de les mettre en pratique. Si aujourd'hui, comme il y a vingt ans, l'objectif désigné est le bien-être de la population, cet objectif s'est dépouillé de ses racines utopiques et les stratégies et légitimations de l'intervention ont changé.

Le militant de l'éducation à la santé était alors aussi un militant "tout court": il était porteur de messages sur tous les aspects de la société. Médecin, il refusait le pouvoir médical, la soumission des patients au statut et aux savoirs savants, l'hégémonie du modèle bio-médical.

Il était défini, s'il ne se définissait lui-même, comme idéaliste, marginal, classé dans la catégorie des contestaires des appareils officiels en général, de la corporation médicale en particulier. Son engagement pour l'éducation à la santé était en soi suspect. Aujourd'hui l'éducation à la santé est devenue une valeur sûre, une discipline officielle aux ambitions scientifiques; les acteurs "de base" n'en sont pas rassurés pour autant: "quand on fait de l'éducation pour la santé, est-ce qu'on travaille à la promotion de la santé des populations ou est-ce qu'on est en train de se perdre sur des voies secondaires?"; ou encore: "on ne fait plus de l'éducation pour la santé maintenant. On travaille avec les patients de façon individuelle".

Les repères idéologiques qui justifiaient et orientaient les initiatives se brouillent et les interrogations des acteurs de terrain s'accumulent: sur leur identité politique et professionnelle, sur leurs rapports avec les pouvoirs publics, sur la place et la participation du patient et sur la dimension éthique de leurs interventions... Toile de fond des témoignages recueillis, ces thématiques sont aussi au coeur des débats organisés par les intervenants eux-mêmes[12].

- S'y exprime le désarroi de militant du médecin face à des confrères qui se définissent eux comme experts, et ont abandonné la dimension revendicative et globale: "*Le problème de la santé se pose dans les logements, dans le travail, dans le chômage, l'avenir des jeunes et les conditions de vie. On peut faire des grandes campagnes contre le tabac (...) mais je pense que l'aspect principal de notre énergie doit être mis dans les luttes et les revendications plus fondamentales pour la population (...) au niveau politique*".

- S'y manifeste le malaise face à une éducation à la santé qui, ne pariant plus sur les capacités de l'autonomie des gens mais sur des techniques, peut "*se retourner en son contraire*" et devenir un outil de dévalorisation des savoirs profanes, créer de nouvelles dépendances: "*Aujourd'hui ça devient une contrainte et une série de recettes que les gens doivent appliquer. Alors que pour nous, il s'agit que ces gens se prennent en charge et décident de leur santé, et de leur expliquer les processus, comment les choses se passent au lieu de leur donner des recettes contraignantes. Par exemple pour l'alimentation des nourrissons on dit aux parents, qu'il faut une orange, une banane et une pomme et c'est tout; donc s'il veulent remplacer l'orange par un pamplemousse ça leur pose problème. Alors que le but est qu'il y ait des vitamines et on dit l'orange parce que c'est moins cher. Alors les gens s'en tiennent à des recettes qu'on leur donne*".

- La perplexité perce aussi quant à la lourdeur des moyens dont disposent certains acteurs: "*Quand on a commencé on était les pionniers, avec des petits moyens. Maintenant les moyens utilisés par la Croix-Rouge, le ministère, etc. sont énormes et nos tracts dans les salles d'attentes ne représentent rien*".

Les oeuvres sans la foi

Si certains, comme en témoignent les commentaires précédents, restent animés par les mêmes valeurs qu'il y a vingt ans, ces valeurs n'ont plus la même incidence sur les engagements des intervenants et sur la conception même des projets.

Alors même que la cause des pionniers a été entendue dans son principe et que les reconnaissances tant souhaitées sont advenues, que les projets sont insérés dans des programmes globaux institutionnalisés et financés par les pouvoirs publics, l'intervenant "à tendance militante" n'a pas vraiment le sentiment d'une victoire, il se sent dépossédé de ses projets.

A moins que ce ne soit en partie parce que les projets sont institutionnalisés, absorbés dans des programmes officiels, cousus d'expertise et d'assurance, dotés de moyens parfois importants.

L'intervenant d'hier, militant bricoleur d'une éducation sanitaire par et pour les gens cède le pas à l'expert muni d'un savoir objectif pour les gens ou plutôt pour un public-cible.

De l'engagement politique à la professionnalisation: le déplacement "du social"

Les fondements politiques de l'action pour un changement de société s'estompent, ou du moins n'ont plus l'exclusivité de sa légitimation. Il n'est donc pas étonnant de constater que l'intervenant "nouveau" en éducation pour la santé ne se présente plus

(11) Réglementation en éducation pour la santé - Arrêtés du 8 novembre 1988, Communauté française de Belgique.

(12) Week-end de réflexion sur les rôles et objectifs des maisons médicales, organisé par la Fédération des Maisons médicales, Bruxelles, 9 et 10 juin 1990.

comme un militant mais bien comme un "pro": expliquant son action, il insiste sur son expérience, ses connaissances techniques et éventuellement sa formation. Sa démarche se veut rigoureuse par le recours à des normes scientifiques qui demandent des références éprouvées. Quant à l'intervenant d'hier, il est amené, quelle que soit sa nostalgie, à suivre le mouvement.

Il ne s'agit pas d'un remaniement des valeurs originelles - on veut toujours agir pour le bien et les droits des autres - mais d'une recherche d'efficacité à court terme et d'une volonté d'être "pris au sérieux". Face à une position d'intervention plus "militante", nous dit un psychologue, "*se développe progressivement dans l'équipe une autre tendance, que l'on pourrait qualifier de «professionnelle» ou «technique» soit sous l'impulsion de nouveaux membres, soit par la réflexion dans l'équipe déjà existante. Si pour chacun, l'injustice sociale reste intolérable (...) elle ne se résoudra pas uniquement à coups de "bonne volonté" (...).*

L'utopie semble donc mauvaise conseillère en efficacité, elle est de surcroît susceptible d'entraver l'épanouissement de l'identité professionnelle: "*Ce que nous faisons, nous dit une animatrice, est de toute façon lié à un idéal. Mais la société va tellement mal qu'il est difficile d'avoir un idéal (...). Il ne faut pas que les objectifs soient trop grands, parce que c'est impossible de les évaluer; vous risquez d'être démoralisés car vous aurez l'impression que vous ne servez à rien*".

Si l'engagement politique n'est plus le fil conducteur du travail en éducation pour la santé, la démarche politique est quant à elle le passage obligé dans la négociation avec les pouvoirs publics dont l'appui et la reconnaissance sont recherchés.

En cette dernière décennie du vingtième siècle, la référence au concret, à des techniques et modèles opérationnels offrent plus de certitude que les valeurs utopiques et les valeurs abstraites. Elle ouvre aussi plus facilement l'accès à l'emploi et aux subsides...

Ce constat n'est pas pour rien dans le glissement du politique au professionnel.

Le nerf de la guerre

Dans ce processus de professionnalisation, les intervenants découvrent, parfois avec un certain étonnement, une autre réalité: la réalisation d'un projet dépend du financement, de l'emploi et de la rémunération des permanents. Des subsides incertains et les seuls "sous-statuts" ne suffisent pas à garantir la qualité des activités, ni leur efficacité.

Un projet qui a cette ambition doit pouvoir s'appuyer sur des moyens solides et des salariés qualifiés et stables: les luttes pour la (sur) vie de l'association, pour l'emploi, et parfois pour le monopole de l'un ou l'autre type d'action deviennent donc des enjeux fondamentaux. Cela conduit parfois à modifier les objectifs initiaux et à ajuster les activités en les orientant vers des créneaux "porteurs" qui ont les faveurs des pourvoyeurs de fonds, publics ou privés: "*Le projet d'être reconnus par le ministère comme interlocuteur et coordinateur de tout ce qui porte sur la santé mentale dans la Communauté française n'a pas abouti (...). Pas de subsides, pas de budget qui permette des actions à long terme (...). On a réfléchi et on a eu l'idée de faire de l'éducation pour la santé dans le milieu du travail, dans la perspective de faire du travail utile (car là aussi il y a des choses à faire au niveau de la santé) (...), et de le faire là où il y a de l'argent (...).*

Une recomposition tâtonnante

La quête de moyens accélère d'ailleurs le processus de professionnalisation: il s'agit en effet de respecter un certain nombre d'obligations professionnelles, de se conformer à des exigences qui portent tant sur le financement des activités que sur la compétence et la formation des intervenants, de même que sur la coordination et la gestion des différentes structures.

Et, à son tour, le professionnalisme nouveau imputé aux intervenants peut offrir des perspectives de revalorisation pour des métiers dont le prestige traditionnel s'effrite. C'est ce qui ressort par exemple d'une journée organisée à l'initiative du Ministère des Affaires Sociales[13], sur le rôle des pharmaciens dans la prévention et l'éducation pour la santé: "*Les pharmaciens sont considérés comme des boutiquiers. Il faut leur faire savoir qu'ils ont un rôle à jouer en éducation pour la santé*".

"*Nous avons toujours fait de l'éducation sanitaire, mais aujourd'hui nous voulons le faire autrement, avec une note scientifique*".

Dorénavant les convictions des acteurs ne peuvent plus, seules, rendre compte des initiatives. Les contraintes institutionnelles, les intérêts et les trajectoires professionnelles structurent aussi les conceptions de l'éducation pour la santé et l'orientation de l'action.

A la recherche d'un statut - l'affrontement des logiques

Les tâtonnements identitaires, les tentatives et les tentations de dessiner des contours convaincants au professionnalisme marquent et éclairent l'histoire des projets et des associations.

Ils se manifestent en particulier dans l'affirmation tendue, conflictuelle des compétences des différents acteurs. On retrouve ces tensions à l'oeuvre dès la naissance d'un projet; son cheminement, ses réorientations sont modelés par l'affrontement entre logique médicale, "scientifique" et logique de terrain, d'expérience. Elles traversent aussi les propos des intervenants sur la formation pédagogique, les connaissances et l'expérience. Ces trois dimensions de la professionnalisation sont d'ailleurs diversément associées dans les justifications avancées selon qu'il s'agit de mettre l'accent sur le *savoir*, le *savoir-faire* ou le *savoir-être*.

La classification des connaissances et des actions et la mise en avant de leurs bien-fondés respectifs est en somme une entreprise de légitimation; elle traduit, renforce (ou renverse), l'enjeu des territoires: les lignes de démarcation entre les activités, les règles de la concurrence, les aspérités des collaborations souhaitées, obligées ou craintes. Les propos qui suivent proposent de cheminer à travers cette complexité.

(13) *Journée de réflexion sur "Le rôle du pharmacien dans la prévention et l'éducation à la santé", organisée à l'initiative du Ministre des Affaires Sociales, François Guillaume, le 27 octobre 1990.*

Division du travail et concurrence

Un mouvement très général caractérise l'histoire de l'ensemble de ces activités: toutes, elles s'inscrivent dans un processus de division sociale du travail, interne à ce marché de biens de santé où paramédicaux et travailleurs du social ont pénétré pour offrir des services abandonnés ou non investis par les médecins et les services de soins. Dans ce processus, les entrants n'entendent pas jouer les auxiliaires du médecin.

Il ressort en effet de l'enquête que, quels que soient le projet et ses initiateurs, sa définition ou son réajustement furent l'objet de confrontations, principalement entre médecins et travailleurs sociaux à propos des critères d'intervention et de compétence des intervenants: "*L'association, nous dit une animatrice, existe depuis 1977, je crois (...). Je ne sais pas comment c'était avant; je crois qu'ils étaient versés dans tout ce qui était problème de migrants, c'étaient des psychologues, des médecins; c'était très médical (...); puis il y a eu des problèmes d'équipe très forts (...). Un assistant social a pris cela très fort en mains, et, là, je crois que c'était pratique (...).*

Dans cet espace où le travail social, les sciences humaines et la médecine se côtoient, la différenciation entre les disciplines et entre les intervenants demeure marquée au sceau de la hiérarchie professionnelle traditionnelle. La position de chacun est perçue et exprimée avant tout par référence à celle du médecin. Cette différenciation se traduit par des conflits de compétences qui opposent les intervenants: "*Ce ne sont pas les médecins qui sont à l'origine de l'éducation pour la santé, mais les travailleurs sociaux et les militants dans les mouvement sociaux (...). La participation des médecins, même si ce ne sont pas n'importe lesquels, mais ceux qui font de la médecine sociale, est une source de problèmes de pouvoir. Le médical a tendance à s'imposer. Il y a aussi un problème entre les universitaires et les travailleurs sociaux. Généralement les universitaires sont très attachés à des modèles théoriques qui sont souvent importés de l'étranger et qu'ils essaient d'appliquer chez nous où la réalité est différente (...). Les modèles, c'est intéressant mais il faut de la souplesse et tenir compte des problèmes qu'on rencontre sur le terrain (...). On a l'impression qu'ils n'ont besoin de nous que pour leur rapporter ce qui se passe à la base. Un fossé se crée entre les universitaires et la base (...)*". Une autre animatrice nous dit par ailleurs: "*Les médecins sont très mauvais en éducation pour la santé; ils connaissent des choses, mais quand ils les disent, personne ne comprend rien. Ils utilisent un langage qu'on ne comprend pas même si on a fait les humanités*".

La "logique médicale" est fréquemment avancée comme l'obstacle majeur à l'instauration de pratiques d'éducation pour la santé en milieu hospitalier. L'intervenant social y oppose sa démarche de proximité avec les populations qu'il a pour mission de défendre, et sa connaissance directe et immédiate de leurs conditions de vie. Ce pouvoir que les travailleurs du social contestent, le médecin le détient moins du fait de sa position effective dans l'équipe - où il n'est pas toujours présent, comme on aime à le souligner -, que de la légitimité qui lui est reconnue de définir les "*normes de santé*". Pourtant, ces médecins qui "*font l'éducation pour la santé*" se définissent eux aussi comme des travailleurs sociaux... D'une part leurs critiques s'adressent aux pratiques traditionnelles de la médecine "*qui ne considèrent l'homme qu'en tant que sujet bio-physique*"; d'autre part, par la même occasion, ils s'insurgent habituellement de façon globale contre la politique libérale de la santé.

Les ingrédients de la compétence

La compétence, et la pertinence de l'action de chacun sont la trame de ces antagonismes: ne pas laisser n'importe qui dire et faire n'importe quoi. Chacun, depuis sa position, souligne "l'incompétence" de l'autre ou au contraire, dans certains cas, se repose sur celle de l'autre, située sur un autre échelon de la hiérarchie. Les uns font valoir leurs connaissances scientifiques, et les autres leurs connaissances du terrain ainsi que leur complicité avec la population. Ainsi s'opère la délimitation des rôles, et se recherche un statut pour les professions non médicales, plus particulièrement celles qui se prévalent de formations techniques. Les travailleurs sociaux et les psychologues veulent garder leur autonomie et refusent la tutelle du médecin. Ces luttes débouchent parfois sur une scission du groupe, à la suite de problèmes de pouvoir ou de divergences de vues quant à l'orientation des activités.

La compétence au nom de laquelle chaque intervenant parle est arrimée à la notion de formation qui la fonde.

Il n'y a cependant pas de consensus sur la nature de cette formation dont se prévalent les uns et les autres.

Elle renvoie soit à la pédagogie, soit à l'expérience, soit aux connaissances théoriques.

La formation pédagogique

Dans ce domaine, la formation n'est pas une exigence pour tout le monde[14]. Tous les intervenants rencontrés disent qu'il n'y a pas de formation spécifique à l'éducation pour la santé, bien que des connaissances soient posées comme utiles ou nécessaires, selon les domaines d'activité. Ils pensent que tout le monde peut faire de l'éducation pour la santé, et qu'il ne faut pas de formation pour cela. Comme le dit un médecin, "*Tout le monde peut être éducateur en matière de santé: les parents, les enseignants, les médias (...). Pour les médecins et les paramédicaux, ce qu'ils disent est important pour la population. Ils doivent avoir une formation spécifique en pédagogie*".

L'expérience

La formation en cause est essentiellement acquise par expérience: "*Le problème avec les publications théoriques, pense une assistante sociale, c'est que, même si elles sont nécessaires et intéressantes, elles ne sont*

(14) *Rappelons que les personnes interrogées ne participent pas aux structures administratives, de formation et de recherche.*

3èmes Rencontres Internationales Francophones de Promotion de la Santé

CENE
ACE
IAMIQUE

Les Mini Forum

Promouvoir et améliorer ensemble la santé de chacun

REGION NORD-PAS DE CALAIS (FRANCE)
PROVINCE DU HAINAUT (BELGIQUE)

du 30 Juin au 2 Juillet 1994

Au delà des frontières
découvrons des centaines d'acteurs
des milliers d'actions

du 30 juin au 2 juillet 1994
6 Mini Forum

Des scènes vivantes : *un programme d'animation avec spectacle, vidéo, exposés, débats...*
Des espaces très ouverts : *des opportunités de contacts directs sur des réalisations.*
Des dynamiques continues : *des perspectives de travail en réseau local, régional et international.*

Cité, écoute ta santé !
Métropole lilloise (France)

A la salle des Centres Aérés - Avenue Alexandre Fleming (Roubaix)
Avec le soutien de la Ville de Roubaix

Contact local
Françoise Quennevat
Téléphone : (33) 20 52 26 13

Les dépendances à travers les âges
Hainaut (France)

A l'Espace Scultfort - Avenue de Valenciennes (Maubeuge)
Avec le soutien de la Ville de Maubeuge

Contact local
Espace Santé
Viviane Desmarchelier
Téléphone : (33) 27 65 25 42

La santé, l'affaire de tous. Participation, communication et santé
Province de Hainaut (Communauté française de Belgique)

Alimentation et Goût
Littoral (France)

Au Kursaal/Place du Casino (Dunkerque)
Avec le soutien de la Ville de Dunkerque

Contact local
Philippe Martin
Téléphone : (33) 28 26 24 59
Martine Barras
Téléphone : (33) 28 29 28 55

Santé Environnement/Santé Travail
Flandre Intérieure (France)

Au Centre Municipal Vauban Allée des Glacis (St Omer)
Avec le soutien de la Ville de St Omer

Contact local
Institut de Formation aux Soins Infirmiers
Thérèse Petit
Téléphone : (33) 21 38 01 56

Education à la santé / Education à la vie
Artois (France)

Au Centre Culturel (Courrières)

Avec le soutien de La Louvière (Ville Santé) et de la Province de Hainaut

Contact local
Commission Locale de Coordination du Hainaut Centre
Téléphone : (32) 64 22 30 17

Ces Rencontres sont :

Placées sous l'égide du
REFIPS
(Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé)

Conçues et organisées par la
SRSP Nord-Pas de Calais
(Société Régionale de Santé Publique)

Réalisées grâce au soutien de :

Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville

FNMF
(Fédération Nationale de la Mutualité Française)

CNAMTS
(Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés)

CFES
(Comité Français d'Education pour la Santé)

HCSP
(Haut Comité de Santé Publique)

Conseil Régional Nord-Pas de Calais

Communauté Française de Belgique

UIPES
(Union International d'éducation à la Santé et de Promotion de la Santé)

SFSP
(Société Française de Santé Publique)

CRAM
(Caisse Régionale d'Assurance Maladie Nord Picardie)

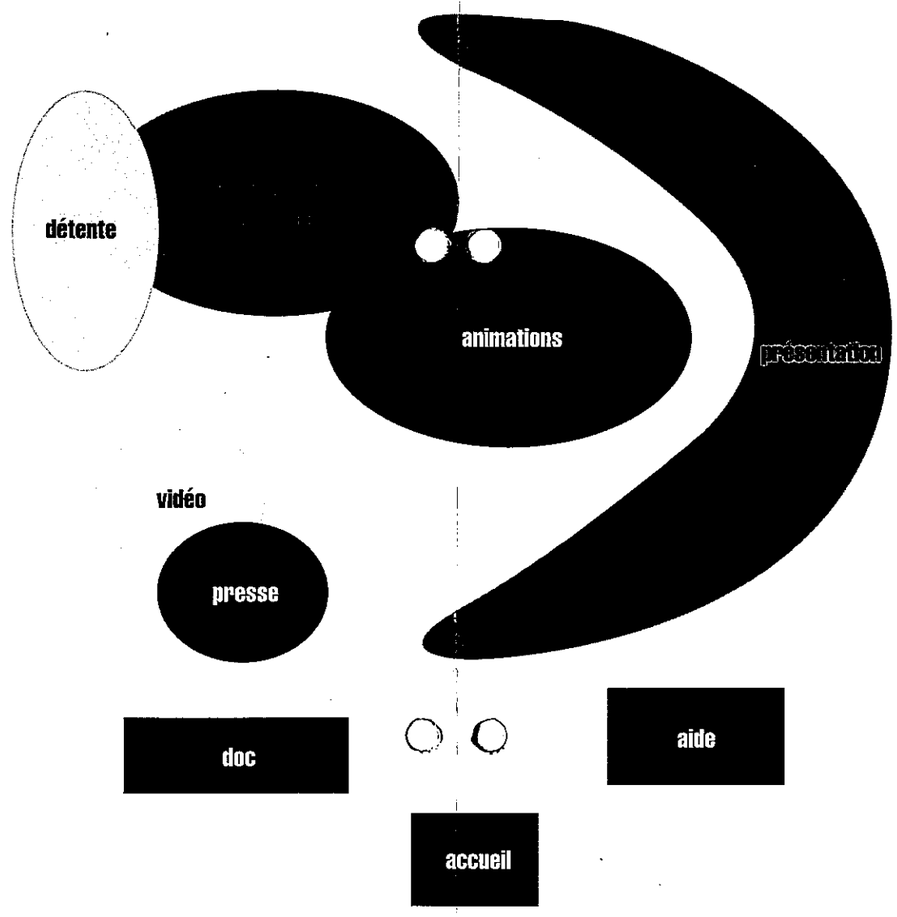
CCRPS
(Comité Consultatif Régional de Promotion de la Santé - préfecture de Région)

MRPS - CIRM- CRES - ORS
(Maison Régionale de Promotion de la Santé - Centre d'Information sur la Régulation des naissances, la Maternité et la vie sexuelle - Comité Régional d'Education pour la Santé - Observatoire Régional de la santé)

Contact :
Secrétariat Général - Impacts événements
22 rue Brûle Maison - 59000 LILLE
Tel (33) 20 54 36 55 - Fax (33) 20 30 01 31

Contact local
Inspection Académique du Pas de Calais
Service Promotion de la Santé en faveur des élèves
Danièle Pierron
Téléphone : (32) 21 23 82 10

Espace Mini Forum



8 Conférences scientifiques et
150 Communications sur l'Evaluation en Promotion de la Santé.

18 Tables rondes d'échanges sur des Questions d'actualité autour de réalisations de terrain.
LE CONGRES

300 actions de terrain présentées par leurs auteurs
LES MINI FORUM

10 créations théâtrales en soirées.
LE FESTIVAL

du 27 juin au 2 juillet
Région Nord-Pas-de-Calais (France)
Province de Hainaut (Belgique)

UNE SEMAINE PLEINE DE SANTE
conçue et organisée par SRSP Nord-Pas-de-Calais

Secrétariat Général :
IMPACTS Evénements
22, rue Brûle-Maison - 59800 Lille
Tél. (33) 20.54.36.55
Fax (33) 20.30.01.31

Bon à savoir...

- La vaccination est un moyen efficace de se protéger. Elle évite de faire certaines maladies.
- Pour rester protégé, il faut parfois entretenir la protection. Pour cela, on fait des "rappels". Par exemple, on fait une dose de vaccin contre le tétanos une fois tous les 10 ans.
- A 6 ans, le vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons peut être donné à tous les enfants qui ne l'ont pas reçu. C'est vrai si l'enfant a déjà fait une des trois maladies. C'est vrai aussi s'il a déjà été vacciné contre l'une d'entre elles.
- Si nous vaccinons tous nos enfants, nous ferons disparaître certaines maladies. En se vaccinant, on protège aussi ceux qui sont trop jeunes, ou trop vieux, ou trop malades pour supporter une maladie.
  Un enfant non vacciné, vivant parmi d'autres enfants vaccinés, a moins de risques de faire la maladie. Mais il risque de la faire plus tard. Très souvent, une "maladie d'enfant" est plus grave quand on la fait à l'âge adulte.
- Les contre-indications sont très rares. On doit éviter le vaccin seulement dans des cas d'allergie grave au vaccin. On doit aussi éviter un vaccin qui a déjà donné des réactions fortes chez votre enfant. Parlez-en avec votre médecin.
- La carte de vaccination est un aide-mémoire précieux: pour entretenir les rappels, en cas d'accidents, de demandes administratives (stages sportifs,...), de voyages,... Vous pouvez la recevoir gratuitement auprès de votre médecin. Il peut l'obtenir à la Communauté française au 02/413.26.29 ou 413.26.35.
- Vous voulez plus d'informations sur ces vaccinations?
  L'asbl Question Santé envoie des fiches d'information gratuites.
  Pour tous renseignements: tél. 02/512.41.74.

Ce dépliant a été réalisé par:

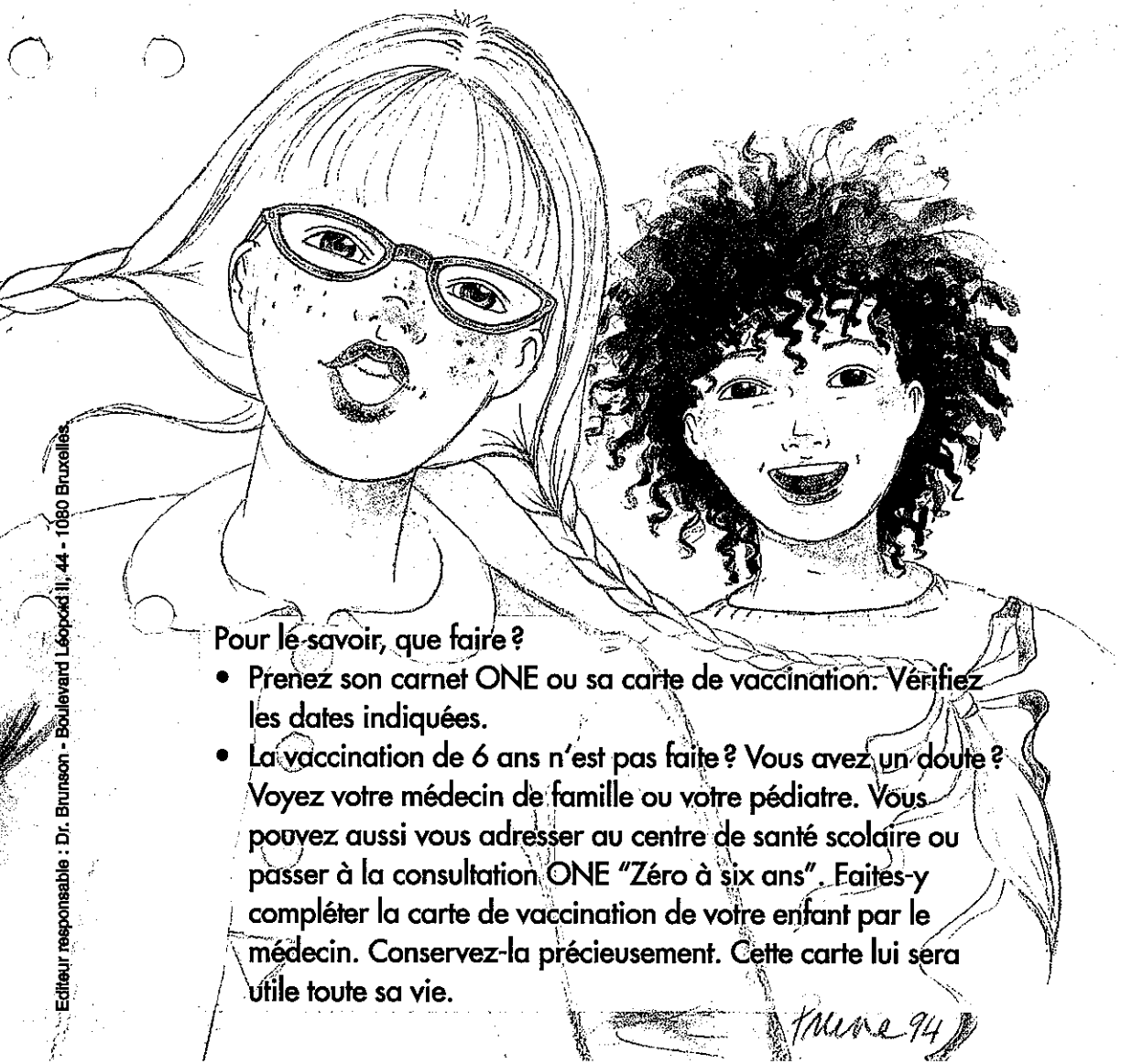
ULB ULg ProVac — Question Santé — CROIX-ROUGE DE BELGIQUE — Education Santé

En collaboration avec les Services de l'Inspection Médicale Scolaire et l'Association Professionnelle des Médecins Scolaires.

Editeur responsable : Dr. Brunson - Boulevard Léopold II, 44 - 1080 Bruxelles

Votre enfant a cinq ou six ans

Est-il bien vacciné?



Pour le savoir, que faire?

- Prenez son carnet ONE ou sa carte de vaccination. Vérifiez les dates indiquées.
- La vaccination de 6 ans n'est pas faite? Vous avez un doute? Voyez votre médecin de famille ou votre pédiatre. Vous pouvez aussi vous adresser au centre de santé scolaire ou passer à la consultation ONE "Zéro à six ans". Faites-y compléter la carte de vaccination de votre enfant par le médecin. Conservez-la précieusement. Cette carte lui sera utile toute sa vie.

Les vaccins qui protègent à chaque âge de la vie.

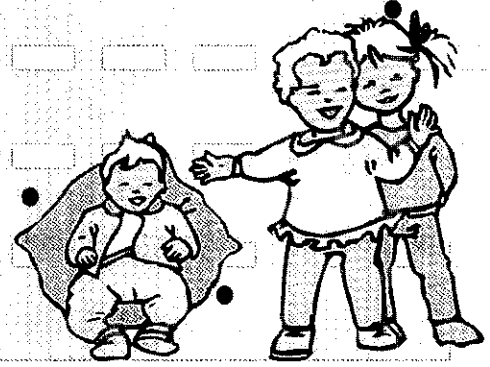
Nourrisson

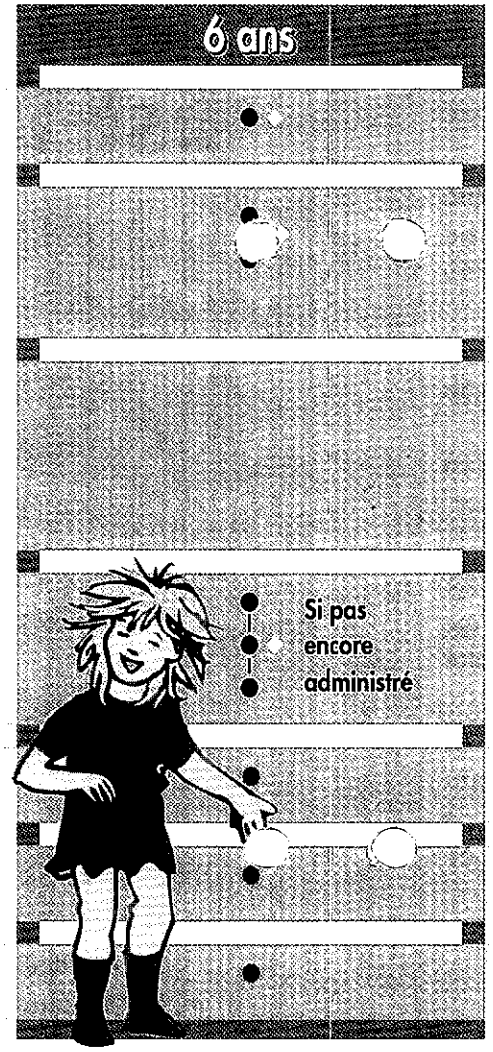
Enfant

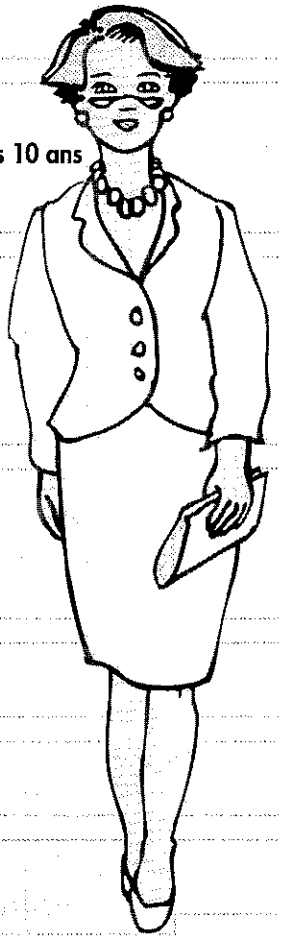
Grand enfant

Adulte

	3 mois	4 mois	5 mois	13-14 mois	15 mois	6 ans	11-12 ans	16 ans	Suivant situation
Poliomyélite*	●		●	●		●		●	●
Diphtérie	●	●	●	●		●		●	●
Tétanos	●	●	●	●		●		●	● Tous les 10 ans
Coqueluche	●	●	●	●		●		●	●
Haemophilus influenzae de type b (Parfois responsable de méningite)	●	●	●	●		●		●	●
Rougeole					●	● Si pas encore administré	●		●
Rubéole					●	● Si pas encore administré	●		●
Oreillons					●	● Si pas encore administré	●		●
Hépatite A						●	●		●
Hépatite B	●					●	●		●
Grippe						●	●		●







● *Cette vaccination est recommandée à tout le monde*

● *Cette vaccination est recommandée dans certaines situations particulières. Demandez conseil à votre médecin.*

* *Obligatoire (3 doses orales administrées avant l'âge de 18 mois)*

● *Certains vaccins protègent en une seule piqûre contre plusieurs maladies.*
● *Ils sont indiqués par des points reliés entre eux.*

Vaccin pouvant être obtenu gratuitement par l'intermédiaire du médecin vaccinateur.

Remarques : - Votre enfant est né ou a vécu en dehors de la Belgique ? Il a aussi besoin de rappels. Demandez conseil à votre médecin.
- Votre pharmacien peut vous conseiller et délivrer les vaccins.

Édition mai 1994.