

# LE JOURNAL

des Pédagogues Hospitaliers de la Communauté Française de Belgique

L'APHCFB est une association sans but lucratif



## Editorial

Chers collègues, chers membres,

Une charge de travail importante, prenante, ne nous permet pas facilement de tenir le rythme de nos publications.

Nous en sommes désolés et profitons de l'occasion pour refaire un « appel à l'aide ». Faites-nous parvenir des articles, des informations sur vos projets, vos découvertes, ou même sur les thèmes que vous souhaiteriez voir aborder dans nos colonnes.

Le souci de diversité dans les contenus et dans leur provenance demande beaucoup d'énergie et de temps ...

Vous aurez sans doute tous remarqué dans le catalogue de l'IFC (Institut de Formation Continué) que l'APH était reprise comme opérateur de formation.

Nous avons en effet proposé d'animer une formation à destination des personnels des écoles de l'enseignement ordinaire. Ce module sera animé par plusieurs collègues du type 5 et de l'EHD. Si vous souhaitez participer à cette « aventure » faites-le nous savoir. Il nous semble important d'illustrer nos

démarches communes tout comme nos spécificités.

Nous travaillons également à faire reconnaître par l'IFC, notre Journée d'Etude annuelle. Nous ne manquerons pas de vous informer de la suite qui y sera donnée.

Au plaisir de vous lire et de vous rencontrer,

Le Comité de rédaction.

Sommaire	
Edito	p 1
La phobie scolaire	p 2-3
Erqueline	p 4
« SAS »	p 5
Jean Bosco	p 6
Clairs vallons -ados	
Rentrée septembre	p 7
Action e-enfance	p 8

**La question de l'émergence des écoles en hôpital**

Journée d'Etude de l' APH — Lessines, le 13 mai 2005 — Yves Robaey

**Une hypothèse de départ :**

Des traces d'écoles ou d'actions éducatives en milieu hospitalier renforceraient la représentation et l'identité de l'enseignant en hôpital et enracineraient cette typologie scolaire dans l'histoire de la pédagogie en ne limitant pas son évolution à la seule prise de conscience actuelle des médecins et des responsables politiques et éducatifs envers les jeunes malades, accidentés, hospitalisés ou convalescents.

**Aspects linguistiques précisant l'évolution des attitudes envers le « malade » :**

Les changements de signification des mots laissent entrevoir les transformations qui se sont produites au cours du temps en matière de soins, la notion d'« hôpital » passant d'une conception caritative et attentiste à une vision thérapeutique complexe.

Quelques exemples :

- a) Les mots « hospitale » et « ospitale » (fin XIIe siècle) désignent des « établissements charitables et hospitaliers » accueillant les gens sans ressources pour les entretenir et les soigner. Dans le courant du XIIIe siècle, le terme « hôtel-Dieu » (littéralement : maison de Dieu) apparaît et représente les hôpitaux principaux de certaines villes. Le malade qui y séjourne est l'« hôte » de Dieu, ce qui laisse entrevoir l'état d'esprit de la médecine de l'époque. Le terme « hôpital » apparaît vers 1655, se répand surtout au XIXe siècle et signifie un « établissement public, payant ou gratuit, qui reçoit ou traite les malades, les blessés et les femmes en couches » ; le terme « hospice » (+/- 1690) évoque dans un premier temps des « maisons où les religieux offraient l'hospitalité aux pèlerins, aux voyageurs de passage, etc. » ; ce n'est que vers 1770 qu'il désignera un « établissement public ou privé chargé de s'occuper des orphelins, des enfants abandonnés, des vieillards, des infirmes, des malades incurables, etc. ».
- b) Le mot « clinique » (tiré du grec, fin du XVIe siècle) signifiant littéralement « qui concerne le malade au lit » et « l'observation directe des manifestations de la maladie » apporte des renseignements sur le progrès des pratiques sanitaires (méthodologie d'analyse, infrastructures d'accueil des malades). Cependant, si le mot « clinique » révèle la révolution médicale en cours, il indique aussi à quel point la thérapeutique moderne en est à ses balbutiements et combien elle reste encore faillible dans ses interventions. Le malade (« celui qui est de santé fragile ») demeure alité et il lui est sommé d'être « patient » (« celui qui a la capacité du supporter des désagréments » et « celui qui va subir une opération, un traitement ») afin que les soins prodigués fassent leurs effets.
- c) Il faudra attendre les XIXe et XXe siècles pour voir se construire d'autres formules reflétant la nouvelle distribution hospitalière ; les termes « policlinique » (1855) ou « polyclinique » (1864), qui sont « des établissements de soins hospitaliers ou de consultations comprenant plusieurs services spécialisés dans lesquels des cours de médecine peuvent être donnés » et l'expression moderne « centre hospitalier » (« C.H.U. » pour Centre Hospitalier Universitaire ou « C.H.R. » pour Centre Hospitalier Régional) induisent que les lieux de soins sont devenus polymorphes et plus technologiques. L'accès des hôpitaux et les lieux non médicalisés (comme par exemple : halls d'entrée, restaurants, librairies, etc.) se veulent agréables, conviviaux et rassurants, banalisant l'aspect médical ; la personne hospitalisée, c'est-à-dire le « client » et non plus le patient, bénéficie des privilèges d'un service hypersophistiqué, à l'échelle des connaissances accumulées. C'est dans ce contexte d'offres et de demandes qui caractérise l'hôpital moderne que les écoles en hôpital se sont développées, contribuant par leur présence à compléter la qualité des soins hospitaliers.

**Les causes idéologiques à la source de l'avènement d'enseignants ou de classes dans les hôpitaux :**

Quelle que soit la civilisation ou la période en question et suivant la fonction sociale accordée à l'enfant par la collectivité, l'instruction (de base, savante ou technique) apparaît comme l'instrument de pérennité, de développement et de renforcement des sociétés, des cultures, des valeurs. C'est en raison de cette quête de continuité que, selon la conception de l'individu et des connaissances, les responsables des systèmes éducatifs ont tenté de façon continue de faire coexister des structures spécifiques d'éducation avec les lieux de soins. Un faisceau de données favorisant la dynamique d'émergence et de développe-

*a) De l'oral à l'écrit*

La progression des moyens de reproduction des écrits représente un procédé remarquable d'éducation bien que l'écriture se soit aussi révélée un vecteur de discrimination sociale et raciale autant qu'un instrument de démocratisation et d'acculturation. L'écrit permet de prendre une distanciation par rapport aux moments d'instruction, les temps d'apprentissage et le lieu d'enseignement pouvant être différés et délocalisés en fonction de l'état de santé de l'apprenant, brisant la règle implicite selon laquelle le jeune « malade » en tant que victime expiatoire toute désignée des fautes humaines devait être celui qui était exclu du processus d'éducation.

De nos jours, le livre constitue encore un objet de luxe pédagogique pour de nombreuses nations, contraignant les enseignants à privilégier l'utilisation de l'oral comme dispositif de transmission de la connaissance, cette situation renforçant davantage l'exclusion des jeunes hospitalisés dont l'état de santé nécessite une forme de pédagogie individualisée que le manque d'enseignants ne peut combler.

Dès lors, l'arrivée des technologies récentes (offset, photocopie, digitalisation, etc.) et l'utilisation du multimédia laissent entrevoir, vu l'engouement que ces médias suscitent auprès des jeunes, un espoir de diffusion accrue des connaissances. Ils contribuent à réduire l'effet de dispersion des lieux de soins tout en participant au renforcement des rapports entre les jeunes hospitalisés, leurs camarades des classes d'origine et en favorisant les échanges interscolaires. Il n'en demeure pas moins que l'accélération des changements technologiques (déclassement ultrarapide des softwares et des hardwares) fait courir le risque de recréer d'emblée des mécanismes d'inégalité ou d'isolement en dépit du fait que ces dispositifs apportent, aux pays pauvres, l'espoir de rattraper le « temps perdu » en matière d'éducation en hôpital et la possibilité en ce qui concerne les jeunes hospitalisés de rester en contact avec la réalité éducative.

*b) La transition médiévale*

Dans cette période de brassage de population où les cultures se confrontent, l'école demeura un rempart contre l'absorption et la disparition, modifiant le regard porté sur le rôle de la famille et sur le statut de l'enfance. En Occident, après une période de précarité, les structures scolaires se réapproprièrent petit à petit l'héritage antique entretenu et enrichi par le monde arabe et, à partir du IX<sup>e</sup> siècle, les écoles se répandent de façon plus soutenue dans les villes et les campagnes.

Dès lors, en dépit du fait que beaucoup d'enfants ne dépasseront pas le stade du déchiffrement ou iront travailler très jeunes et au vu de l'importance de la place prise par la religion, la philosophie, la rhétorique, le droit, la littérature, les sciences, le commerce, la construction, l'artisanat, l'art de la guerre, etc. dans l'organisation civile de la société multiculturelle, l'école, de par sa nature consistant à restaurer un ordre social et moral, a dû tenir compte du sort des enfants « hospitalisés », malades ou en mauvaise santé, et ceci malgré une mortalité infantile élevée.

*c) Processus de laïcisation*

L'ambivalence qui combine idéaux sanitaires et peur instinctive de la maladie fut l'invariant éthique qui a permis au monde médical de se développer jusqu'à intégrer en son sein des procédures désacralisant de façon définitive toute référence au magique ou au surnaturel. Insufflant une dynamique contribuant au renforcement d'une volonté d'équité du droit à l'instruction et à la préservation de la santé, deux éléments majeurs ont concouru à l'éclosion des écoles en hôpital et à leur déploiement : la modification progressive de l'acte de charité (l'aide apportée aux miséreux garantit le rachat des fautes) et la transformation des bonnes œuvres en un système d'assistance accroissant le contrôle des autorités laïques sur l'organisation et la gestion des institutions s'occupant des jeunes « malades » ou « abandonnés ».

Couplé à la progression des découvertes réalisées par la science médicale, un processus de laïcisation a changé progressivement les mentalités relatives à la place occupée par l'enfant dans la société et a bouleversé la représentation des enjeux sociétaux liés aux structures éducatives. L'action combinée de santé et d'éducation concrétisée par la création de sortes d'écoles en hôpital apparaît comme une recherche de sens et d'humanisation dont avaient tant besoin les hôpitaux conçus dorénavant pour la préservation de la santé (en tant que « machines à guérir ») et non plus édifiés dans le but de secourir en assurant le salut rédempteur dans l'amour du divin (tels que les « hôtels-Dieu »).

*d) Généralisation du principe d'éducation*

On assiste, durant le XIXe siècle, au développement d'un enseignement de masse structuré selon des critères organisationnels précis ; la société se sent capable de résorber la misère au travers de politiques « internationalistes » ou « mondialisantes ». L'enseignement et son organisation deviennent des préoccupations majeures de l'État. Encouragés par des progrès en médecine assurant aux jeunes malades des taux de guérison inégalés jusqu'alors et poussés par l'argumentation des pédagogues et des psychologues autant que par les mouvements de pensée rationaliste, positiviste, marxiste, etc., les responsables des politiques éducatives, reconsidèrent de fond en comble les bases de l'école jadis principalement destinée à une élite sociale ou intellectuelle.

S'appuyant sur des standards avant-gardistes expérimentés dans quelques institutions, une éducation vraiment adaptée aux capacités des apprenants et répondant mieux au rapport entre les coûts induits et les perspectives éthiques et développementales voit le jour. C'est dans ce contexte qu'apparaissent des initiatives d'écoles en hôpital telles qu'elles se conçoivent aujourd'hui.

*e) Généralisation des questions sanitaires dans les structures d'éducation*

L'accès à l'école est réglementé et les recommandations découlant de la révolution pasteurienne s'implantent : listage des maladies contagieuses, surveillance active de la santé des élèves, amélioration de la ventilation et de l'éclairage, arrivée de l'eau courante dans les classes, prise en compte des effets ergonomiques du mobilier sur la qualité du travail scolaire, etc. Dans cette manière d'aborder l'aspect sanitaire de l'éducation de masse, les progrès de la médecine ouvrent la voie à un enseignement spécialisé pour les jeunes présentant des handicaps (malentendants, malvoyants, déficients mentaux et physiques, tuberculeux, etc.). La généralisation de ces questions sanitaires facilitera l'intégration des structures scolaires au sein des services hospitaliers et des institutions de cure, l'enseignement qui y est donné contribuant à l'élan qui considère l'éducation comme un continuum passant de la crèche aux écoles pour seniors.

*f) L'effet de la psychologie sur le processus de massification de l'enseignement*

Sous l'impulsion de discours défendus par des sommités qui affirment tel un Dewey que l'éducation est essentielle au développement humain ou un Piaget qu'il existe une intimité entre l'action et le développement cognitif et parce que le corps médical assure un avenir satisfaisant pour le plus grand nombre des jeunes hospitalisés, des écoles en hôpital se structurent au cours du XXe siècle et se développent principalement depuis les années cinquante. Cette période récente peut être considérée de fait comme le moment où se situe la création officielle des écoles en hôpital sous leur forme moderne, les états se sentant désormais disposés à dégager des fonds importants afin de venir en aide scolairement aux jeunes hospitalisés (le traumatisme engendré par les deux guerres mondiales et les revendications sociales fonctionnant comme des catalyseurs et des accélérateurs en matière d'instruction et de santé).

Les différents rapports commandés par l'O.M.S., la mise en évidence de la nécessité d'établir une variété d'échanges interindividuels lors des hospitalisations ou encore le risque de perturbations affectives graves, voire parfois même irréversibles, ont démontré l'impact positif que pouvait produire le fonctionnement social de structures éducatives (en l'occurrence, les écoles en hôpital) dans l'enceinte des hôpitaux. Même si ce bouleversement des usages s'est confronté aux appréhensions du corps médical, notamment à propos des problèmes liés aux situations d'urgence et aux mesures de précaution hygiénique, le manque de stimulations fut considéré plus préjudiciable pour le jeune hospitalisé que la menace de la présence renforcée des parents ou de professionnels non médicaux vis-à-vis de la routine et de la sécurité des services, une telle prise de conscience étant d'autant plus significative que l'hôpital fait partie du paysage institutionnel (banalisation des hospitalisations).

*g) L'effet des lois relatives à l'obligation scolaire*

Le nombre de jeunes scolarisés est en augmentation entre le XIXe et le XXe siècles (par exemple, en Belgique : 453 381 élèves en 1840, 885 810 élèves en 1946). En considérant que l'instruction obligatoire, en fonction des lois édictées par chaque pays, date grosso modo d'un siècle (France : 1881 ; Belgique : 1914) (19 mai 1914 : loi décrétant l'instruction obligatoire ; 26 mai 1914 : loi apportant des modifications relatives au travail des jeunes), il ne faudra pas attendre longtemps, au regard de l'histoire de l'éducation et de la santé, pour voir se concrétiser, dans des grands centres hospitaliers, le fonctionnement moderne des écoles en hôpital.

C'est dans ce contexte inédit de revendications sociales sur fond de développement économique et parce que la médecine est en passe de relever le défi d'une qualité acceptable de santé que des structures scolaires vont pouvoir fonctionner au sein même des hôpitaux, tout jeune ayant droit à accéder à la culture et à l'éducation, ceci malgré l'absence de données quantitatives fiables relatives à l'existence des écoles en hôpital sur la qualité des soins ou des apprentissages.

Des actions ponctuelles se présentant sous la forme du bénévolat ou d'initiatives entreprises au sein de centres spécialisés pour les jeunes handicapés et convalescents naissent un peu partout en Europe ; des structures éducatives s'organisent parallèlement dans les hôpitaux. L'attitude des autorités médicales, qui prennent conscience qu'une action thérapeutique efficace doit s'adresser à la personne dans sa totalité, se renforce dans la période de l'entre-deux-guerres et acquiert tout son sens après la deuxième guerre mondiale. Couplant la santé et le droit à l'instruction, le circuit des classes de « plein air » spécialement conçues pour les jeunes tuberculeux, durant les années vingt en particulier, constitue un exemple représentatif des pratiques pédagogico-médicales (on compte près de 200 écoles spécialisées, en France, dans l'entre-deux-guerres ; les progrès de la médecine les firent disparaître presque toutes).

#### **En guise de conclusion :**

Que ce soit par idéalisme religieux ou politique, par désir conscient ou inconscient de donner plus de sens à leur propre existence ou encore pour des motifs de notoriété ou pour une raison financière, des hommes et des femmes ont sans cesse cherché à améliorer leur quotidien ou celui de leurs contemporains, en dépit des vicissitudes de l'entreprise. Ainsi, seule une attitude proactive a permis de transgresser les limites fictives imposées par une habitude fondée sur la représentation erronée des capacités potentielles des jeunes dont l'état de santé est (momentanément ou définitivement) déficitaire.

Quelle que fût l'époque, l'existence d'un système éducatif en milieu hospitalier a visé un mieux-être à travers une double action thérapeutique et pédagogique. Du point de vue sanitaire, les lieux de soins procèdent d'un mélange subtil entre la nécessité d'assurer la survie du groupe et le désir d'accroître la longévité. Du point de vue éducatif, l'instruction porte en elle la dualité formatrice de la transmission de l'héritage culturel et de l'expansion de la connaissance assurant la suprématie des « initiés » sur les autres. Par conséquent, l'école en hôpital établit le lien entre ces différentes options : elle devient, en quelque sorte, le biais salvateur en accord avec la bonne conscience de certains, l'idéal d'équité conduisant à une solution institutionnelle qui concède aux « malchanceux » l'éventualité de poursuivre leur scolarité ; elle ouvre, pour d'autres, les voies de l'action sociale par l'institutionnalisation d'une éducation organisée en hôpital en donnant l'occasion de rétablir tant soit peu une justice face à la diversité génétique qui différencie les individus par rapport à leur résistance à la maladie.

En tout état de cause, l'avenir s'avère porteur de changements qu'il convient d'anticiper de façon opportune sous peine de voir échouer une aventure éducative hors norme dont la mission s'est perpétuée jusqu'à nous, les écoles en hôpital n'étant plus uniquement le fruit d'une attitude rationnelle ambitionnant le mieux-être des jeunes patients ; elles sont également issues d'une mouvance idéologique qui considère comme insupportable l'idée de ne pas secourir celui qui souffre en lui donnant les meilleures infrastructures en vue de lui venir en aide. En phase avec les possibilités scientifiques, techniques, sociales et économiques actuelles, cette conception altruiste relève du même principe que lorsqu'il s'est agi d'édifier des lieux de soins primitifs, à ceci près que la source de la dynamique a changé, passant d'une aspiration magique ou religieuse à une volonté scientifique et laïque.

#### **Quelques repères historiques pointant l'avènement et le développement des écoles en hôpital :**

Jusqu'au XVIe : le principe d'une action éducative en milieu hospitalier fonctionna de façon marginale en dépit des multiples modèles hospitaliers proposés.

XVIe-XVIIe : même si les jeunes « hospitalisés » furent pour une part d'entre eux d'abord « protégés » des périls de l'abandon, du vagabondage et de la délinquance, une transmission des savoirs s'organise, notamment, au travers de l'acquisition d'un savoir-faire venant compléter utilement le fonctionnement des hôpitaux : catéchèse, rudiments de lecture, d'écriture et de calcul, initiation aux métiers manuels, apprentissage des usages, occupations divertissantes.

XVIIIe : organisation de prises en charge éducatives dans les hôpitaux spécifiques à l'enfance (relativement peu nombreux) mêlant démarches de soins et prises en charge éducatives et sociales.

XIXe : organisation de formes scolaires dans des centres spécialisés tels que les sanatoriums, les centres de plein air.

XXe : généralisation progressive des écoles en hôpital (surtout dans la deuxième moitié du 20<sup>e</sup> siècle) s'accompagnant d'une diversification des modalités scolaires (à distance, à domicile, hôpital de jour, one-day-clinic, période de convalescence).

#### **Référence bibliographique :**

ROBAEY Y. (2004), Enseigner à des jeunes malades, accidentés, hospitalisés ou convalescents. Réalités et perspectives. Editions Erasme, Namur

Dans le cadre de ses travaux autour d'échanges de pratiques, le Conseil d'Administration de l'APH a rédigé un document relatif à l'encadrement des stagiaires. Nous vous le proposons bien volontiers en vous invitant à l'adapter si nécessaire à votre propre environnement professionnel

**ATTENTION HÔPITAL!!!  
On n'y fait pas n'importe quoi!  
Ceci peut vous aider !**

### Règles dans les services :

- Les premiers jours, veiller à se faire présenter (par la direction ou son délégué) dans les services où l'on aura à travailler : médecin chef, infirmières, paramédicaux, etc..
- Se renseigner pour savoir avec précision les obligations vestimentaires à respecter pendant le travail
- Se renseigner au préalable sur les situations que l'on va rencontrer en poussant la porte d'une chambre : pathologie, état de l'enfant, des parents etc...
- Se présenter quand on entre dans une chambre (même si l'enfant est seul !)
- Ne jamais laisser les enfants circuler seuls. Un hôpital est ouvert à tout le monde.....
- Respecter les activités en cours lorsqu'on veut commencer à travailler avec les enfants (salle de jeux, animation...). Mais établir un horaire avec lui qu'il faudra faire respecter par tout le monde pour les jours suivants, excepté pour les interventions purement médicales bien sûr. Rappeler de temps en temps, aussi bien à l'enfant qu'aux parents, le droit à l'enseignement et l'obligation scolaire dans notre pays !
- Assurer les prises en charge si possible dans le local classe. Ou alors dans la chambre si l'enfant ne peut en sortir.
- Inviter les parents à profiter du temps d'activités scolaires pour laisser davantage d'autonomie à leur enfant.
- Pratiquer l'écoute active :
  - Ne jamais prendre de position ni donner un avis au sujet des données médicales
  - Renvoyer les parents au personnel médical.
- Faire respecter à tout prix les heures de visites décidées par le service. Se renseigner du type de visiteurs admis ou non (mineurs non accompagnés etc...)

### Confidentialité :

Nous sommes tenus aux règles de confidentialité et de discrétion au même titre que le personnel soignant (que l'on soit rémunéré, bénévole, stagiaire).

- Ne pas inscrire le nom de famille d'un élève sur un document qui sort de l'enceinte hospitalière, hormis s'il s'agit d'un rapport rédigé dans le cadre du continuum pédagogique de l'élève.
- Ne pas parler du cas d'un élève dans les couloirs, salles de jeux, ascenseurs, ni à l'extérieur de l'hôpital. En classe, vérifier qu'il n'y ait pas d'enfants présents avant de parler d'un élève.

- Ne pas prendre de photo d'élève sans demander l'accord écrit des parents.
- Certains événements ou faits de la vie courante se passant dans les services ou dans la classe requièrent également la confidentialité la plus absolue !

### Hygiène :

1. Se renseigner auprès des infirmières si tous les enfants prévus peuvent se côtoyer
2. Se laver fréquemment les mains puis les désinfecter après chaque prise en charge
3. Protection de l'adulte et de l'enfant : demander systématiquement les règles à suivre aux infirmières en prendre note au besoin **et les appliquer avec la plus grande rigueur ; il en va de la santé des élèves et de la crédibilité de la présence de l'école dans l'hôpital !**
4. Apprendre à reconnaître et comprendre les idéogrammes relatifs aux cas contagieux : les isolements sont différents d'après la maladie et son stade.
5. S'assurer que le matériel pédagogique utilisé par des enfants contagieux soit réutilisable : appliquer les mesures de désinfection préconisées par le personnel spécialisé ou s'en débarrasser !

### Deux règles simples :

- Respecter l'ambiance calme propice à un rétablissement : ne pas parler fort, ne pas courir, ne pas téléphoner avec un portable
- En cas de difficulté (d'ordre pédagogique ou psychologique), n'hésitez jamais à interpellé vos collègues.

## Dis-moi Globule c'est quoi ce bidule ?

**Un projet conçu par le service d'hématologie et oncologie pédiatrique des Cliniques Universitaires Saint-Luc pour les enfants de 6 à 14 ans**



L'annonce du diagnostic de leucémie à un enfant, à sa famille et à son entourage constitue un moment éprouvant où se mêlent les sentiments de désarroi, d'injustice mais aussi de combativité et d'espoir. Les informations que reçoivent parents et enfants à cet instant, touchent un domaine souvent inconnu. La maladie et son traitement suscitent aussi beaucoup de questions auprès des copines et copains de classe qui ont peu d'accès direct aux professionnels de la santé. Nombre de familles, d'enseignants ou d'éducateurs souhaitent disposer d'un outil pédagogique, d'une documentation fiable qu'ils peuvent consulter à leur rythme, tant à l'hôpital qu'à la maison ou à l'école.

**Aidons nos enfants à tirer parti d'Internet** (MémoClic - 13/03/2006)

L'association française "*e-enfance*" a pour ambition d'aider les enfants à tirer le meilleur parti des nouvelles technologies : Internet, téléphone mobile et jeux en réseau.

Le site d'*e-enfance* (<http://www.e-enfance.org>) est conçu comme un **espace d'information et d'échange d'expériences, pour parents et enfants**, qui pourront y trouver des solutions concrètes à leurs interrogations.

"*e-enfance*" a un large champ d'activité, tant par les problèmes traités :

- Exposition aux images choquantes (violences, pornographie...)
- Pressions psychologiques (incitation au suicide, à l'anorexie...)
- Risque de mauvaises rencontres
- Propos diffamatoires (notamment via les blogs)
- Phénomène d'addiction...

que par les modes de communication visés : jeux, tchats, blogs, SMS, MMS...

Le but d'*e-enfance* n'est en aucun cas de diaboliser les nouveaux outils de communication, mais de sensibiliser le grand public - notamment les parents, enseignants - de façon à ce que les enfants puissent s'informer et communiquer en toute sécurité.

Note du webmaster : En tant que parent, votre maître-mot doit être d'accompagner l'enfant et de ne pas le laisser seul ; aucun logiciel ne pourra vous remplacer !

**Un excellent logiciel de contrôle parental : LogProtect : Protégez vos enfants !**

"*LogProtect*" est un logiciel de contrôle parental, libre et gratuit, qui **empêche un enfant de fournir sur Internet des informations sensibles**, qui pourraient le mettre en danger face à des prédateurs sexuels, à des pédophiles, à des escrocs, etc.

Son principe est d'empêcher la diffusion d'informations personnelles comme le nom, l'adresse, le téléphone, l'adresse de l'école ou du collège, etc. Il suffit, pour les parents, de compléter un formulaire regroupant les informations que l'enfant ne peut pas transmettre et qui seront donc interceptées par le logiciel afin d'empêcher leur diffusion sur Internet, lors de "chats" par exemple. En plus des informations personnelles, il est également possible de faire filtrer une liste de mots.

Lorsque des informations sensibles sont bloquées par *LogProtect* un message d'avertissement, qui peut être personnalisé par les parents, apparaît à l'écran. Au bout du troisième avertissement, il est même possible de prévoir que la connexion à Internet se coupe automatiquement.

Pour éviter toute modification indue du système de protection, le logiciel est protégé par un mot de passe choisi par les parents. Ce mot de passe sera évidemment nécessaire chaque fois que quelqu'un veut modifier la configuration du logiciel ou arrêter le système de protection.

Adresse et téléchargement gratuit : <http://www.logprotect.net>

**D'autres logiciels de contrôle parental** existent aussi ; consultez, par exemple, leur présentation faite sur le site : [http://www.linternaute.com/internetpratique/contrrole\\_parental/](http://www.linternaute.com/internetpratique/contrrole_parental/)

et leur **tableau comparatif** : <http://www.linternaute.com/guides/categorie/83//>

Secrétariat :  
Béatrice Grégoire  
L'Amarelle-Pédiatrie de Jolimont  
159, rue Ferrer  
7100 La Louvière  
Betb1962@hotmail.com

Siège social :  
Rue de la Franco-Belge, 55  
7100 LA LOUVIERE

A.P.H.

LE JOURNAL

[www.aph.be](http://www.aph.be)

Trésorier :  
Annick VAN DE MOOSDYK  
Tél/fax : 065/76.82.25  
Compte N° : 068-2167367-26  
annickvdm@msn.com

Editeur responsable:  
Christian LIEUTENANT  
Président de l'Association