Brèves

Formation - Divers
La Madeleine (F)

Septembre à décembre 1994

Formations et stages organisés par la Maison Régionale de Promotion de la Santé Nord - Pas-de-Calais. Quelques exemples:

* Le sommeil et les rythmes d'activités.
* Comment parler d'équilibre alimentaire aux populations en difficulté.
* La prévention bucco-dentaire auprès des enfants.
* Le sida dans les documents audiovisuels.
* Comment parler d'équilibre alimentaire aux enfants
* La prévention du sida à l'égard des jeunes - comment leur en parler.
* Mangez de tout, vivez léger.
* Méthodologie en éducation pour la santé - les outils.
* Prévention des abus sexuels à l'égard des enfants - comment leur en parler.
* Bandes dessinées et santé.
* Communiquer pour mieux gérer le stress et les ressources humaines.
* Le projet santé: le concevoir et l'animer.

Pour tout renseignement sur l'une de ces formations, ou sur le programme de l'année 1995: Maison Régionale de Promotion de la Santé, rue Jeanne Maillote 4-6, F-59110 La Madeleine, tél. 20.74.85.23, fax 20.55.59.17.

Alcool
Marcinelle

23 septembre 1994

"Parler d'alcoolisme, c'est parler des choses de la vie", un programme de 5 séances de formation de 3 heures, assuré par le Dr Vuvan (Maubeuge), spécialiste en alcoologie et toxicomanie. Les autres dates sont les 7, 14, 21 et 28 octobre. Les séances auront lieu de 13 à 16 heures à la Direction Générale des Affaires Sociales, rue de la bruyère 157, 6001 Marcinelle. Participation gratuite.

Renseignements: Francine Brigode, 071/44.72.11 ou 44.72.53 (sauf le mercredi).

Environnement et santé
Amiens

5, 6 et 7 octobre 1994

7éme Congrès national des Observatoires Régionaux de Santé, sur le thème "La Santé, indicateur d'Environnements - Observer, confronter, agir".

Renseignements: Col'ORS, Faculté de Médecine, 3 rue des Louvels, 80036 Amiens Cedex 1. Tél.: (33) 22.82.77.39. Fax: (33) 22.82.77.41.

Tabagisme
Paris

10 14 octobre 1994

9ème Conférence mondiale sur le tabac et la santé.

Renseignements: Secrétariat de la Conférence, Karen Slama, Hôpital Saint-Louis, Coquelicot 5, avenue Claude-Vellefaut 1, F-75475 Paris cedex 10, tél. 42.49.93.07, fax 42.49.93.95.

Handicap
Bruxelles

22 octobre 1994

l'asbl "Grandir ensemble" organise un colloque sur le thème de " l'annonce du handicap ". Lieu: I.S.T.I., rue J. Hazard 34, 1180 Bruxelles (de 10 à 16 heures).

Renseignements: Grandir ensemble, chée d'Alsemberg 1320, 1180 Bruxelles, tél. 02/376.46.21.

Changement d'adresse

Le siège de l'Union Internationale de Promotion de la santé et d'Education pour la Santé a déménagé. Depuis le 11 juillet 1994, il se trouve rue Auguste Comte 2, F-92170 Vanves, France, tél. (33.1) 46.45.45.00, fax (33.1) 46.44.06.64.

Emploi - demande

Licencié en communication sociale, en sciences du travail et diplômé en sociologie souhaite trouver un emploi dans le domaine de la santé. Bénéficie du statut FBI. Coordonnées: **Hervé Lega**, rue Champ du Roi 9, 1040 Bruxelles, tél. 02/733.24.18.

Divers

* Les programmes de formation pour 1994-1995 se mettent tout doucement en place, les catalogues commencent à nous parvenir. Pour la France, citons deux catalogues:

1." Formations 1995" de Santé et Communications, qui propose comme en 1994 trois groupes de formations et stages: "Education et Santé", "Communication et Santé", "Illettrisme et Santé".

Renseignements: Santé et Communication, rue de Charonnes 153, F-75011 Paris, tél. 43.56.25.15, fax 43.56.70.61.

2. Le catalogue de formations de l'Institut Pasteur de Lille, qui présente toute une série de formations pour le personnel de santé centrées sur l'hygiène, des formations spécialisées en nutrition, et surtout, plus intéressant pour nous quelques formations en éducation pour la santé.

Renseignements: Institut Pasteur de Lille, rue du Professeur Calmette 1, BP 245, F-59019 Lille cedex, tél. 20.87.78.00, fax 20.87.79.06.

* Une nouvelle asbl a été créée en mars 1994: il s'agit du **Centre d'Education à la Santé**, situé à l'adresse de l'Union Nationale des Mutualités Libérales, rue de Livourne 25, 1050 Bruxelles. Nous espérons avoir régulièrement des nouvelles de cette association et de ses activités.

* La Commission Européenne soutient financièrement, chaque année, des projets dans le domaine de la santé publique, au niveau des Etats membres et au niveau communautaire. La date limite de remise des projets pour 1995 est fixée au 15 septembre 1994.

Les formulaires de demande de financement sont disponibles au Ministère de la Culture et des Affaires Sociales, Direction Générale de la Santé, auprès du Docteur Roger Lonfils (tél. 02/413.26.10).

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

JUILLET / AOUT 1994 89

Introduction

Trois rencontres en six ans
par *Véronique Janzyk*,
p.3

Réflexions

Promotion de la santé en milieu défavorisé
par *Michel Perreault et al.*
p. 4

Evaluer les comportements par le "focus group"
par *Dosithée Ngo Bebe*
p.10

Prévention par réseau de jeunes désinsérés
par *Pierre Mauries*
p. 12

Evaluation du programme "Naître et grandir"
par *Véronique Sibut*
p. 13

Notre santé, une école de vie
par *Michèle Pohier*
p. 17

Initiatives

Le mini-forum de La Louvière
par *Fabrice Delvaux, Monique Gosselain et Véronique Janzyk*
p. 20

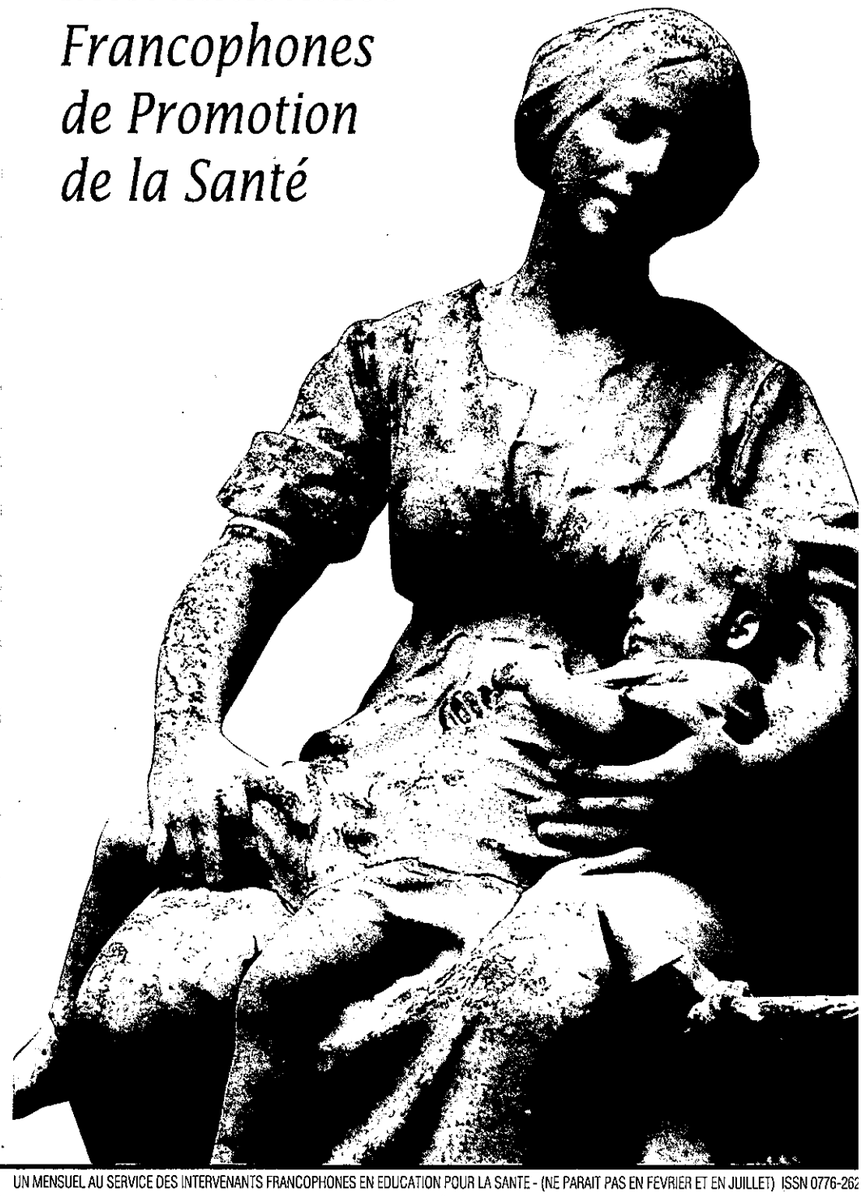
Santé et communication
par *Philippe Mouchet*
p. 25

Expo-Santé-Jeunesse
par *Jean-Luc Baierlé*
p. 30

Vu pour vous

Le festival "Parler santé autrement"
p. 38

Les 3èmes Rencontres Internationales Francophones de Promotion de la Santé



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

Edito

Promotion de la Santé francophone

Ce numéro estival a des accents à la fois francophones et internationaux, ce qui convient parfaitement pour une lecture de vacances.

En effet, nous nous faisons largement l'écho dans les pages suivantes des 3èmes Rencontres Internationales Francophones de Promotion de la Santé, qui se sont déroulées dans la région Nord - Pas-de-Calais et dans le Hainaut belge voici à peine (déjà) un mois.

Il n'est évidemment pas possible, en une quarantaine de pages, de rendre compte de la richesse de ces rencontres. Richesse sur le plan méthodologique (le congrès proprement dit était axé sur l'évaluation des programmes); variété des réalisations de terrain dans le nord de la France et en Communauté française de Belgique; foisonnement sur le plan artistique également, puisque de nombreux spectacles ont prouvé que promotion de la santé et créativité théâtrale n'étaient pas incompatibles.

Au total, un bilan positif pour les organisateurs: tout le monde était au rendez-vous, les nombreux participants et le soleil! Le programme qui nous était proposé a permis d'apprécier la variété de la promotion de la santé en francophonie.

Le menu était d'ailleurs copieux, mais, paradoxalement, nous a laissés parfois sur notre faim, car le temps des échanges informels était compté. Un regret aussi, que nos amis africains n'aient pu être plus nombreux pour nous faire part de leurs réalités de travail et des enjeux de l'éducation pour la santé dans leurs pays.

Dès à présent, la Société Régionale de Santé Publique du Nord - Pas-de-Calais travaille à la réalisation des Actes des Rencontres, d'un Livre Blanc sur l'évaluation, et d'un répertoire des 300 actions de terrain valorisées pendant les mini-forum. En attendant, grâce au travail bénévole des intervenants et à l'amabilité des organisateurs, nous pouvons déjà vous proposer quelques "bonnes feuilles" de cette vaste entreprise éditoriale.

Parmi d'autres contributions, je vous recommande ainsi en particulier les textes "Promotion de la santé en milieu défavorisé" (Québec), et "PRESAJE: Prévention par RESeau Auprès de JEunes désinsérés" (France). Les auteurs témoignent de la possibilité réelle d'aider un groupe de population qu'on croit souvent à tort réfractaire à toute idée de promotion de la santé.

En ce qui concerne les mini-forum, nous donnons logiquement le ton de ce qui s'est passé à La Louvière: d'une part, il y a eu une intense mobilisation des acteurs de terrain, puisque plus de 40 projets y ont été présentés; d'autre part, le thème du mini-forum, la Communication, a donné lieu à cinq ateliers des plus intéressants, et dont l'humour n'était pas absent, comme vous pourrez le voir plus loin.

Lille 94 a été aussi l'occasion du démarrage officiel du Réseau francophone international pour la promotion de la santé (Réfips). L'article d'Emile Akowanu sur la "Promotion de la santé au Bénin" nous rappelle utilement que l'espace francophone dépasse largement quelques pays développés.

Christian De Bock, rédacteur en chef

Merci à Christine pour son aide précieuse !

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, Fabienne Evens.

Comité de rédaction: Pierre Anselme, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Michel Demarteau, Anne-Françoise Dusart, 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 pendant les heures de bureau, du lundi au vendredi, uniquement sur rendez-vous pris chez Fabienne Evens, au 02/237.48.53.

Livres

ADOLESCENT

PREVOST M., PIETTE D., DUSART A.F., et al., Consommation de boissons alcoolisées et habitudes tabagiques des jeunes: résultats partiels de l'enquête "Comportements de santé des jeunes 1990", PROMES ESP ULB, Bruxelles, Santé Pluriel, n°14, 1994, 34p., 200FB, vij29

DROGUE

Guide de prévention primaire des toxicomanies à l'usage des enseignants. 1ère partie, CCAD / Prospective Jeunesse, Bruxelles, 1994, 11p., asd19

EDUCATION POUR LA SANTE

La prévention et l'éducation pour la santé dans l'Union Européenne: rôle de la profession médicale, Comité permanent des médecins de l'Union Européenne / Comité Français d'Education pour la Santé, Vanves, 1994, 161p., eps62

EXERCICE PHYSIQUE

DUPUIS J.M., DAUDET G., Graine de champion. L'enfant - la santé - le sport, Paris, Ed. CIEM, 1991, 142p., 120FF, aph29

MALADIE

Maux de ventre et d'estomac, que faire..., Bruxelles, Soumillion, 1994, (Conseils Santé; n°3), 60p., 149FB, pat58

Migraine, la soulager... enfin!, Bruxelles, Soumillion, 1993, (Conseils Santé; n°1), 76p., 149FB, pat59

Combattre la fatigue, Bruxelles, Soumillion, 1994, (Conseils Santé; n°2), 60p., 149FB, pat60

Protégez et soulagez votre dos, Bruxelles, Soumillion, 1989, (Conseil; n°7), 95p., 119FB, pat61

MALADIE CARDIO-VASCULAIRE

Diminuez le cholestérol sans peine, Bruxelles, Soumillion, 1993, (Conseil; n°16), 63p., 99FB, pco26

MEDECINE PREVENTIVE

RUFFIE J., Naissance de la Médecine Prédictive, Paris, Ed. Odile Jacob, 1993, (Sciences), 477p., 160FF, pre04

MEDICAMENT

JOOSSENS L., Les médicaments, CRIOC, Bruxelles, 1994, 41p., 200FB, med75

BOUVENOT G., ESCHWEGE E., SCHWARTZ D., Le médicament. Naissance, vie et mort d'un produit pas comme les autres, Paris, Ed. INSERM / Ed. Nathan, 1993, (Dossiers documentaires), 111p., med76

OEIL

La santé de vos yeux, Bruxelles, Femmes d'Aujourd'hui, 1994, (Les pratiques de Femmes d'Aujourd'hui), 66p., poe07

WALCKIERS D., L'hypertension intraoculaire traitée par des médicaments en Belgique. Résultats d'une étude réalisée en 1992 avec la collaboration d'un réseau de pharmacies, IHE Section épidémiologie, Bruxelles, 1993, poe08

RHUMATISME

Soulager les rhumatismes - arthrites - arthroses, Bruxelles, Soumillion, 1992, (Conseil; n°14), 63p., 99FB, prh05

SANTE

La santé dans la Belgique fédérale et ses communautés. Situation actuelle et tendances. 1993, Ministère Santé Publique et Environnement / IHE, Bruxelles, 1994, 191p., san57

SELF HELP

Inventaire des groupes d'entraide dans la Communauté française 1994, UNMS Promotion de la Santé, Bruxelles, 1994, 48p., ssh05

SOMMEIL

Les secrets du sommeil. Equilibre et bonne forme, Bruxelles, Soumillion, 1991, (Conseil; n°10), 63p., 99FB, smr30

STRESS

Le stress. Mieux le connaître, mieux le contrôler, Bruxelles, Soumillion, 1989, (Conseil; n°5), 64p., 99FB, sms10

TABAGISME

Module de prévention des habitudes tabagiques, Association Francophone des Agents PMS, 1994, 48p., 5000FB, guide pédagogique, ast58

Module de prévention des habitudes tabagiques. Synthèse de la recherche, Association Francophone des Agents PMS, 1994, 500FB, ast59

Matériel

ACCIDENT DOMESTIQUE

Avec l'enfant, vivons la sécurité, CFES, Vanves, 1993, 29p., brochure, acd42

CONCEPTION/GROSSESSE

Quarante semaines en ballon, La Famille Heureuse Centre de Planning familial, Liège, 1994, 46p., brochure, vic10

FEMME

Femmes, corps et exercice physique. Module I: Habiter son corps, Vie Féminine, Bruxelles, 1994, guide pédagogique, vif07

Femmes, corps et exercice physique. Module II: Corps en mouvement, Vie Féminine, Bruxelles, 1994, guide pédagogique, vif08

Femmes, corps et exercice physique. Module III: L'exercice physique au quotidien, Vie Féminine, Bruxelles, 1994, guide pédagogique, vif09

Femmes, corps et exercice physique. Module IV: Gardons la forme, Vie Féminine, Bruxelles, 1994, guide pédagogique, vif10

HYGIENE CORPORELLE

Les ongles, Club Pharmaceutique d'Education pour la Santé, Châtenay-Malabry, Info Santé, n°176, 06/94, dépliant, hyc14

SIDA

Tous contre le sida, Club Pharmaceutique d'Education pour la Santé, Châtenay-Malabry, Info Santé, n°175, 05/94, dépliant, psi22

TABAGISME

Le tabac. L'esprit des lois, Centre National de Documentation Pédagogique / CFES, Paris, Textes et Documents pour la classe, n°674, 04/94, 38p., 20FF, revue, ast52

VACCINATION

Votre enfant a cinq ou six ans. Est-il bien vacciné?, PROVAC Communauté française, Bruxelles, 1994, dépliant, vac21

Vu pour vous

Le festival "Parler santé autrement", une belle aventure!

C'est à Montréal, en 1991 que l'idée du Festival a été lancée pour la première fois par quelques adhérents de la Société Régionale de Santé Publique (SRSP) Nord Pas-de-Calais.

Du 27 juin au 1er juillet, ce fut un aboutissement que de voir regroupé autour de cinq lieux de pratiques théâtrales de la Métropole lilloise, une dizaine de spectacles de qualité, en provenance des quatre coins de France et de Belgique.

Pendant plus d'un an, l'équipe Festival a rassemblé ses idées, ses connaissances, son budget, et développé ses contacts avec les compagnies. Un travail conséquent d'identification des spectacles a permis de repérer ce qui existait et de privilégier la variété des productions.

Le choix s'est porté sur une programmation aux multiples facettes, croisant à la fois les thèmes et les styles. Le burlesque avec " Le cri du bouchon "; le théâtre-forum avec " Toi, moi, émois " présentant les joies de la relation amoureuse... et du préservatif. Le jeu était bien présent sur chacune des prestations des comédiens, que ce soit au Grand Bleu " Attention Koffi danger " ou à l'Espace Concorde avec " Dorsale parole ". Des acteurs régionaux étaient également représentés avec Guy clown et sa création spéciale Festival " Tout beau, tout propre ", une déclinaison de la santé positive en un mime plein d'amour et d'humour.

Deux productions très différentes encore: une création collective avec les jeunes d'un quartier de Bruxelles et la présentation d'un nouveau spectacle du Théâtre de l'opprimé de Paris.

Le gros succès de cette manifestation restera incontestablement le grand match d'improvisation opposant la ligue de Marcq en Baroeul (Nord) à la Belgique. L'équipe du Festival a souhaité préparer activement les sujets en proposant une dimension très élargie de la santé. Plus de 300 spectateurs auront finalement bien contribué à chauffer la salle et participé aux situations scéniques des plus surprenantes.

Car la santé, c'est aussi la fête, le rire.

Théâtre et santé vers un même espace scénique?

Le Festival " Parler santé autrement " nous a rappelé que la santé est aussi fruit de culture et d'émotion.

La santé concilie un objectif de bien-être tenant compte à la fois de la diversité et de la complexité de l'individu et des cultures.

De tous temps, le répertoire théâtral s'est nourri de thèmes liés à la santé (la vie, la mort, le corps souffrant, les médecins,...). L'environnement, les habitudes de vie, les comportements, les problèmes de société sont autant de sujets naturellement mis en scène par des auteurs, qu'ils soient contemporains ou de siècles passés.

Le théâtre, c'est de l'espace, du texte, de la musique; c'est aussi du jeu, des mouvements, des gestes.

Le théâtre, expression et instrument de la prise de conscience, est aussi un lieu d'expériences; celui d'un nouveau rapport concret et actif avec le public.

Depuis quelques années, des auteurs et des compagnies n'hésitent pas à investir le champ de la santé et à s'inscrire dans une démarche revendiquée d'éducation et de promotion de la santé. Des formes de théâtre se sont ainsi développées, rendant les spectateurs acteurs (débat théâtral, théâtre-forum, théâtre participatif,...). Un certain public est devenu de plus en plus sensible à la nature de la communication que favorise l'expression dramatique. On peut aussi ranger l'attrait du théâtre sous ses deux aspects: l'accès à une ambiance et à une thématique. La santé d'une part,et la maîtrise d'une technique et d'une communication, d'autre part.

Avec le théâtre, la prévention, les messages, les changements de comportement ne sont plus soumission à un discours, mais une image vivante, réelle, issue de situations porteuses de sens et d'émotions.

Et le Festival avec ses spectacles chaque soir était une belle tentative de rapprochement de la culture... et de la santé!

D'après un texte de Luc Hincelin et Christian Lahoute, extrait de Medium, le journal des Troisièmes Rencontres Internationales Francophones de Promotion de la santé.

En direct de la Médiathèque

Le premier supplément au catalogue-guide Education Santé est paru. Cette mise à jour est comprise dans le prix de vente du catalogue-guide.

Pour tous renseignements : Eric Vandersteenen et Caroline Pècheur, au 02/640.38.15.

Introduction

Trois rencontres en six ans

Les premières Rencontres Internationales Francophones de Promotion de la Santé ont eu lieu en 1988, à l'initiative du Club International "Communication et promotion de la santé en francophonie".

Ce club a vu le jour dans le sillage de la création, par les Députations Permanentes des Provinces francophones en 1983, du Comité Interprovincial de Médecine Préventive.

Le Comité devait permettre aux Provinces, oeuvrant chacune dans le domaine de la médecine préventive, de partager leurs expériences.

La coordination interprovinciale a dépassé les espérances en débouchant sur la création du Club International "Communication et promotion de la santé en francophonie" comptant parmi ses membres la France, la Suisse romande, le Luxembourg, le Québec, l'Algérie, la Tunisie et le Zaïre.

Les premières Rencontres Internationales de Promotion de la Santé ont débuté, à Tournai, par un séminaire réunissant des experts scientifiques de différentes disciplines (anthropologie, épidémiologie, pédagogie, sociologie, psychologie sociale, sémiologie) et des professionnels de la communication (journalistes de la presse écrite et parlée, graphistes).

Consécutif au séminaire, un colloque (montois) a permis de faire un tour d'horizon des concepts et des stratégies expérimentés en Promotion de la Santé et de définir aussi concrètement que possible des techniques et des moyens de connaissance (plus) appropriés et (plus) efficaces au service de la santé.

Cette première initiative fut l'occasion de définir des projets de coopération entre institutions et associations de francophonie.

Les deuxièmes Rencontres Internationales Francophones de Promotion de la Santé ont été mises sur pied en octobre 1991.

A cette occasion, un colloque "Promouvoir la santé. Au-delà des cultures, des outils à partager" a eu lieu au Québec.

Ce fut un moment important pour la coopération entre institutions et associations oeuvrant, en francophonie, dans le cadre de la promotion de la santé. Il a marqué un pas vers la création d'un Réseau International Francophone pour la Promotion de la Santé.

Par la suite, quelque 500 représentants des différents pays partenaires se sont retrouvés en Tunisie, en avril 92, pour y parfaire la structure de base du Réseau.

Jamais deux sans trois: c'est donc du 27 juin au 2 juillet que des professionnels de l'éducation pour la santé se sont réunis, aussi bien en France qu'en Belgique, à l'occasion des troisièmes Rencontres Internationales Francophones de Promotion de la Santé.

Elles se sont déroulées sous le signe de "La Santé du Terrain, le Terrain de la Santé".

Ces troisièmes Rencontres ont permis également de valider le mode de fonctionnement du Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé (REFIPS).

Le REFIPS compte actuellement près de 2.000 membres originaires de plus de 30 pays. Son fonctionnement est assuré par un bureau de liaison basé à Montréal et un Conseil d'Administration comprenant des correspondants de neuf pays.

La mission de partage des connaissances, des pratiques et des méthodes que s'est donné le REFIPS s'est illustrée à travers les trois grands moments des Rencontres: le Congrès, les Mini-forum et le Festival "Théâtre et Santé".

Le Congrès, ce fut:

- un colloque sur les enjeux, les principes et les démarches de l'évaluation en promotion de la santé;
- six séminaires d'un après-midi consacrés (le 30 juin) en France et en Belgique à des questions d'actualité en promotion de la santé et un séminaire lillois "La santé du coeur en francophonie";
- la remise du 9e Grand Prix francophone d'éducation pour la santé;
- la Réunion Technique des Comités d'éducation pour la santé;
- l'Assemblée Générale de la Société Française de Santé Publique.

Deuxième "section" des Rencontres: les mini-forum, au nombre de six. Sur leur site (Villeneuve d'Ascq, Dunkerque, Arras, Maubeuge, Saint-Omer et La Louvière), des équipes locales aussi bien que des acteurs venus de francophonie ont exposé leurs réalisations et suscité l'échange avec d'autres acteurs de santé ou avec le grand public.

Il reste à évoquer en troisième et dernier lieu le Festival "Théâtre et Santé".

Une dizaine de spectacles aussi différents que conte musical, mime, match d'impro ou représentation de théâtre forum ont fait rimer scène et santé en métropole lilloise.

Une rencontre-débat entre des professionnels du spectacle et de la santé a tenté d'apporter des ébauches de réponses à des questions telles "Qu'est-ce que le théâtre apporte de plus à l'éducation et à la promotion de la santé ?" ou encore "Le théâtre devenu outil de promotion de la santé ne risque-t-il pas de perdre là de son âme et de sa spécificité ?"

Véronique Janzyk, Observatoire de Santé du Hainaut. ■

Promotion de la santé en milieu défavorisé

Femmes enceintes en situation d'extrême pauvreté au Québec

Première partie

Problématique

Depuis plus de quinze ans, le Québec a connu une chute très importante de ses taux de mortalité périnatale et infantile. Toutefois, cette chute est plutôt attribuable aux taux de survie des nouveau-nés de faible poids (moins de 2.500 g), et non à la diminution du taux de nouveau-nés de faible poids.

Du point de vue des taux de morbidité, le Québec est en retard. Depuis plus de dix ans, les résultats stagnent autour de 6 %, loin de l'objectif de 4 % prévu pour 1980 dans la politique de périnatalité de 1973 (1). Du point de vue économique, cette situation a un impact important. On estime que 30 % des soins consacrés à la clientèle néonatale sont consommés par les nouveau-nés de petit poids (6 % des naissances).

De plus, les taux de morbidité infantile cachent des inégalités importantes. Pour les Québécoises les plus pauvres, les taux de naissance de nouveau-nés de faible poids se situent autour de 10 %. Ces taux sont comparables à ceux de pays en voie de développement comme le Sénégal ou le Tchad. A l'inverse, les Québécoises les plus favorisées obtiennent des taux de naissance de nouveau-nés de faible poids autour de 4 %, ce qui peut se comparer à ceux de pays comme la Finlande ou la Suède (2).

Il est donc clair, face à ces résultats, que l'intervention devrait se concentrer sur la prévention auprès des femmes enceintes en milieu d'extrême pauvreté. Toutefois, des études ont bien montré que ces femmes utilisent moins, et d'une façon moins appropriée, les soins prénatals offerts à la population générale. Les raisons sont multiples: cette attitude des femmes enceintes en situation d'extrême pauvreté serait due à un décalage culturel (3); les services sont mal adaptés aux valeurs et aux besoins de ces femmes (4); les services sociaux remplissent aussi une fonction de contrôle social ayant le potentiel d'entraîner le retrait de l'enfant du milieu familial (5); les professionnelles sont mal préparées à intervenir auprès de cette clientèle (6).

Différents programmes ont été développés pour rejoindre ces femmes et leur proposer une intervention efficace. Les programmes intégrés (7) semblent les plus prometteurs (8). Le Programme Intégré de Prévention en périnatalité (PIPP) s'inscrit dans cette lignée. Des études ont déjà démontré l'efficacité de ce genre de programme: les femmes enceintes utilisent plus régulièrement les services de soins; diminution entre 30 et 60 % de l'incidence de naissances d'enfants de faible poids; diminution de 60% de la mortalité périnatale; et économie de $ 1.70 US par dollar US investi (9). Une étude faite au Québec a récemment identifié les facteurs de réussite d'une intervention auprès de ces femmes: la relation entre la cliente et l'intervenante (10) doit être fondée sur la confiance, le respect et sur l'absence de jugements de valeur; l'intervention doit être globale; l'approche doit être personnalisée; les partenaires du milieu doivent y participer; l'intervenante doit être soutenue par une équipe multidisciplinaire; et l'intervention doit avoir le soutien de l'établissement (11).

Le PIPP "Naître égaux. Grandir en santé", proposé par la Direction de Santé publique (DSP) de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont à Montréal, est fondé sur une intervention globale et sur une bonne connaissance des caractéristiques et des besoins spécifiques des femmes enceintes en situation d'extrême pauvreté. Les éléments spécifiques du programme intégré - la démarche systématique d'intervention, le recours à une intervenante privilégiée, l'équipe multidisciplinaire, l'intégration du programme dans l'établissement, le recours aux ressources communautaires du milieu et les suppléments alimentaires - seront présentés tout au long de cet article. Le programme intégré a été implanté, avec la collaboration des Directions de Santé publique de l'Outaouais et de l'Abitibi-Témiscamingue, dans sept Centres locaux de services communautaires (CLSC) du Québec, quatre dans un grand centre urbain, deux en milieux semi-urbain et urbain d'une région périphérique, et un en région urbaine éloignée. En plus de cette diversité régionale, les CLSC comportaient des clientèles, des ressources financières et humaines et une configuration de ressources communautaires assez diversifiées.

Méthodologie

L'objectif général de cette communication est de vous donner des résultats partiels de l'évaluation de la mise en oeuvre du programme intégré. Les résultats qui vous seront présentés concernent uniquement les variables dépendantes. En l'occurrence: le niveau d'implantation des éléments du

(1) *Lepage M.C., Levasseur M., Colin C. et al. (1989). La mortalité et la morbidité périnatales et infantiles. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 251 p.*

(2) *Pelchat Y., Wilkins R. (1986). Dossier naissances: quelques aspects socio-démographiques et sanitaires des mères et des nouveau-nés de la région 06A 1979-83. Montréal, Hôpital général de Montréal, DSC.*

(3) *Dutton, DB. (1978). "Explaining the low use of health services by the poor: costs, attitudes, or delivery systems?". American sociological review, 43:348-368.*

(4) *Colin C., Join-Lambert L., Descamps J.P. (1986). "La protection maternelle et infantile et les familles sous-prolétaires", La Revue de Pédiatrie, XXII(2):91-93 et XXII(3):99-104.*

(5) *Colin C., Ouellet F., Boyer G., Martin C. (1992). Extrême pauvreté, maternité et santé, Montréal, Editions Saint-Martin.*

(6) *Ampleman G., Duhaime R. (1986). Formation à l'intervention en périnatalité en milieux populaires, Québec, Essai soumis à l'Ecole de service social de l'Université Laval, 227 p.*

(7) *Comprehensive Prenatal Care.*

(8) *Giami I. (1989). Programme intégré de soins prénatals globaux. Rapport d'évaluation préliminaire, Montréal, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, DSO.*

(9) *Kurenbrot CC (1989). "The cost-effectiveness of improving prenatal care to low-income women", Research Highlights, 11(2):1-3.*

(10) *L'intervention étant assurée en quasi-totalité par des femmes, le féminin sera donc utilisé sans discrimination pour désigner également le masculin.*

(11) *Colin et al. (1992), op. cit.*

Lutte contre la mucoviscidose

La mucoviscidose est la plus fréquente des maladies génétiques graves.

Aujourd'hui, un Belge sur vingt est porteur du gène défectueux qu'il peut transmettre à ses enfants. 1500 enfants ou jeunes adultes en sont atteints en Belgique.

Qu'est-ce que la mucoviscidose? Le mucus, normalement sécrété par certaines glandes de notre corps, est, chez les personnes atteintes, trop épais et ce manque de fluidité va obstruer les poumons et favoriser les infections. Ce mucus sera donc responsable de troubles respiratoires, mais aussi digestifs.

Depuis cinq ans, des progrès scientifiques énormes ont été faits. D'une part, depuis 1989, date de l'identification du gène défectueux, plus de 240 mutations ont été découvertes. D'autre part, des travaux franco-américains ont permis de franchir des étapes décisives dans la thérapie génique, c'est-à-dire l'inoculation d'un gène normal dans les cellules dont le gène est malade. Les premiers essais cliniques de cette thérapie ont débuté en Grande-Bretagne en 1993.

Ceci constitue la recherche fondamentale, pour laquelle des équipes de tous les pays travaillent ensemble.

Parallèlement se poursuivent les programmes de recherche appliquée. Dans ce domaine, plusieurs voies sont en cours d'exploration:

- pharmacologie (par exemple, médicaments fluidifiant les sécrétions bronchiques);
- études sur les performances des appareils d'aérosols utilisés quotidiennement;
- recherches diététiques (nécessité d'augmenter l'apport énergétique, de stimuler l'appétit et de faciliter la digestion).

Tous ces efforts, toutes ces recherches menées de front et à l'échelle internationale doivent permettre de gagner du temps pour gagner enfin sur la maladie.

Mais dans la vie quotidienne du malade, que faire pour lui apporter plus de confort, moins de contraintes?

D'abord mieux connaître pour mieux comprendre

Apporter de l'information, répondre aux questions, favoriser les contacts, organiser la communication, autant d'objectifs prioritaires pour l'Association Belge de Lutte contre la Mucoviscidose.

Cette association fondée en 1966 pour entourer les familles, travaille avec une équipe de permanents auxquels s'ajoutent de nombreux bénévoles, dans toute la Belgique.

Dans un esprit de contact et de dialogue, l'A.B.L.M. a organisé une soirée d'information le 9 mai à Mons. D'autres réunions seront organisées au cours de l'année 1994 dans d'autres villes de Belgique.

Association Belge de Lutte contre la Mucoviscidose, avenue Joseph Borlé 12, 1160 Bruxelles, tél. 02/675.57.69, fax 02/675.58.99. ■

Cancer - Accompagner pour mieux comprendre et aider

Depuis de nombreuses années, l'Oeuvre Belge du Cancer s'est fixé comme but la lutte contre la maladie cancéreuse. Soutenir la recherche, informer, écouter et aider financièrement ont toujours été ses objectifs principaux. Même si on peut estimer que les traitements du cancer sont en constante évolution et amélioration, le nombre de cancers ne diminue pas. Notre population vieillit et la personne âgée paie un lourd tribut à la maladie cancéreuse.

Une des caractéristiques de l'évolution des traitements est le développement des traitements ambulatoires, qui nécessitent de fréquents déplacements et posent souvent des problèmes de coût et d'inconfort. Même si ces difficultés peuvent paraître secondaires, elles sont souvent sources d'anxiété pour le patient et son entourage.

Ce sont toutes ces raisons qui ont amené l'Oeuvre Belge du Cancer à créer à Namur un service d'accompagnement des patients. Son but est d'accompagner le patient lors de ses traitements ambulatoires pour lui éviter des trajets fastidieux, mais surtout lui apporter soutien et chaleur humaine dans des circonstances difficiles.

Une équipe de 25 bénévoles formés ont pris en charge, depuis deux ans, 2000 accompagnements. On a pu constater que grâce à ce service, certains patients âgés achevaient un traitement qu'ils interrompaient précédemment.

Centre régional de l'Oeuvre Belge du Cancer, Nicole Linsmeau, rue de Bruxelles 57, 5000 Namur, tél. 081/22.22.16. ■

La promotion de la santé au Bénin

Située au sud de l'Afrique Occidentale, la République du Bénin (anciennement appelée République du Dahomey) couvre une superficie de 112.622 km2 sur laquelle vivent cinq millions d'habitants. Elle est limitée à l'est par le Nigéria, au nord par le Niger et le Burkina-Faso, à l'ouest par le Togo et au sud par l'Océan Atlantique.

L'espérance de vie était de 51 ans en 1991. Le taux de mortalité générale est de 16,1 pour mille. Le taux de mortalité infantile est de 89 pour mille naissances vivantes.

Ces indicateurs sont le résultat d'une situation sanitaire médiocre marquée essentiellement par le paludisme, les diarrhées, les parasitoses intestinales, la malnutrition et les maladies infectieuses.

Plusieurs causes expliquent cette situation, dont celles liées aux comportements: comportements des victimes, comportements de ceux qui sont chargés de les soigner, et comportements des décideurs. Pour améliorer cette situation, outre les activités préventives et curatives, une intensification des activités promotionnelles a été entreprise par le Ministère de la Santé.

Nous résumons ici les principales étapes de cette intensification.

Information, Education, Communication

L'élaboration d'une politique nationale en information, éducation, communication pour la santé (IEC). Ce document contient les objectifs, les stratégies et de façon générale, les grandes orientations en IEC santé en République du Bénin.

Connaissances, attitudes et pratiques

L'exécution d'une enquête CAP (connaissances, attitudes et pratiques) sur l'identification de la perception des problèmes de santé par les populations béninoises.

Il ressort de cette enquête que:

- la maladie a une cause physiologique et une cause mystique pour les Béninois. Cette conception fait qu'ils ont recours au centre de santé et aux guérisseurs traditionnels en cas de maladie; l'agent de santé s'attaque à la maladie sur le plan physiologique tandis que le guérisseur le fait au double plan physiologique et mystique;

- les personnes qui ont fait l'objet de l'enquête sont informées des activités de vaccination et des mesures thérapeutiques contre plusieurs maladies (la diarrhée par exemple). Cependant, les informations reçues n'influent pas encore suffisamment sur eux au point de modifier leur perception des choses et leurs pratiques toujours profondément marquées par le patrimoine socio-culturel national.

Les activités

C'est dans l'univers socio-culturel précédemment décrit que les activités de promotion de la santé se déroulent. Ces activités sont liées aux grandes préoccupations suivantes: le paludisme, la diarrhée, la nutrition, la vaccination, le ver de Guinée, l'hygiène de l'eau, l'hygiène du milieu, l'hygiène du corps, le sida.

Ces activités sont menées dans plusieurs secteurs à la fois, auprès:

- des agents de santé (infirmiers, sages-femmes) dans les centres de santé et les villages;
- des travailleurs sociaux dans les centres de promotion sociale et les villages;
- des instituteurs dans quelques écoles primaires et maternelles pilotes;
- des alphabétiseurs dans les clubs de lecture de textes rédigés en langues nationales béninoises;
- des animateurs de langues nationales à la Radio-diffusion.

Ces différents agents reçoivent ensemble au préalable une formation d'une semaine en techniques de communication, analyse comportementale, suivi et supervision des activités IEC.

Les techniques et méthodes utilisées sont:
- la démonstration,
- le théâtre de marionnettes,
- l'information du public (radio-diffusion).

Les mêmes thèmes sont développés dans tous les secteurs étant entendu que l'objectif principal commun est que le message atteigne les familles. Le père de famille peut recevoir le message dans son club de lecture, la mère de famille au centre de santé ou au centre de promotion sociale, l'enfant à l'école. Tout le monde ne peut donc le rater à la fois.

Les moyens éducatifs utilisés sont conçus par les responsables nationaux des différents secteurs. Il s'agit des boîtes à images, des livrets traduits en langues nationales, des objets réels, des fiches pédagogiques, des affiches, des dépliants, des tee-shirts, des spots radio-diffusés et télévisés.

Ces activités sont financées par le budget national béninois, le PNUD, l'UNICEF, l'OMS, la Coopération française et la GTZ.

L'impact de ces mesures est positif et perceptible surtout dans les écoles primaires et maternelles pilotes; cependant, il est encore trop tôt pour évaluer cet impact sur la population générale.

Dr Emile Akowanou

Paru dans Partage, RéFIPS, vol.3 n°4, printemps 1994

programme et la mise en oeuvre du programme auprès des clientes.

La plupart du temps, ces éléments s'inscrivent dans un changement quant aux pratiques et aux attitudes déjà privilégiées dans chacune des équipes ou chacun des établissements. C'est ce processus de changement qui est au centre de notre analyse. En fait, cette recherche tente de voir comment le processus d'implantation d'une nouvelle forme d'intervention s'effectue. Le modèle politique et contingent développé par Jean-Louis Denis (12), et adapté par Denis, Perreault et Colin (1992) pour l'étude de mise en oeuvre du PIPP, permet d'expliquer ce processus. Ce modèle théorique est issu de la perspective critique et considère l'implantation d'une nouvelle intervention "comme des jeux de pouvoir organisationnels dont le résultat constitue un ajustement aux pressions internes et externes" (13). Selon ce modèle, le processus d'implantation d'une nouvelle intervention doit être abordé selon une perspective politique tout en tenant compte "qu'il subit aussi les pressions d'une contingence structurelle" (14). Les caractéristiques de cette contingence structurelle, avec la dynamique des rapports de pouvoir qui entourent la mise en oeuvre de l'innovation, peuvent agir en synergie ou en antagonisme sur les stratégies des acteurs impliqués dans cette mise en oeuvre.

Il est aussi essentiel de rappeler que les résultats présentés sont partiels. Le processus d'analyse est toujours en cours pour la majorité des CLSC. L'analyse est très longue vu la très grande quantité d'informations recueillies dans chacun des CLSC. Le tableau vous donne la procédure de collecte de données prévue par le devis de recherche. La validité de construit est le point faible du type de devis de recherche sur lequel repose la présente étude (15). Pour compenser la faiblesse inhérente au devis de recherche choisi, l'utilisation de plusieurs sources de données permettra de les faire converger pour analyser un même concept.

Ce devis, une étude de cas multiples avec unités d'analyse imbriquées, assure une évaluation où l'implantation du programme n'est pas dissociée du contexte de réalisation (16). Ce devis correspond aux objectifs poursuivis dans cette recherche - entre autres, éclairer la mise en oeuvre du PIPP dans l'ensemble des CLSC du Québec - puisqu'il permet de saisir les variations dans le processus de mise en oeuvre pour les sept CLSC. Du point de vue de la validité externe, il sera donc possible de tirer des généralisations importantes pour un éventuel déploiement du programme.

Tableau

Procédure de collecte de données pour chacun des CLSC

1. Entrevues auprès des acteurs [aux trois temps (17)] . entrevues avec la direction générale du CLSC . entrevues avec la coordonnatrice de l'équipe . entrevues avec la cheffe d'équipe . entrevues avec trois intervenantes de l'équipe . entrevues avec un acteur hors programme . entrevues avec la responsable de deux organismes communautaires du territoire . entrevues avec le directeur et l'agent d'implantation de chaque Direction de Santé publique
2. Entrevue auprès des dix clientes [après l'accouchement]
3. Questionnaires auto-administrés [aux trois temps (17)] auprès de tous les membres de l'équipe d'intervenantes ainsi que des acteurs interviewés
4. Observations directes des rencontres multidisciplinaires [aux trois temps (17)]
5. Sources documentaires (18)
6. Journal de bord (19)
7. Grilles d'identification et d'analyse continues des besoins complétées chaque mois pour chaque femme suivie (20)
8. Fiches d'intervention clinique cumulative complétées chaque mois pour chaque femme suivie (21)

(12) Denis J.L. (1988). Un modèle politique d'analyse du changement dans les organisations: le cas de l'implantation de la vacation en centre d'hébergement au Québec, Montréal, Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.), Université de Montréal, 249 p.

(13) Perreault M., Colin C., Denis J.L. (1990). Evaluation de la mise en oeuvre d'un programme intégré de services prénatals globaux dans quatre CLSC de l'est de Montréal, Montréal, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, DSC.

(14) Idem.

(15) Yin RK (1987). "The case study research, desing and methods", Beverly Hills, Sage Publications.

(16) Idem.

(17) Sauf pour les deux CLSC où les temps 2 et 3 ont été jumelés.

(18) Par exemple, rapport annuel du CLSC et programmation de l'équipe Petite-enfance famille.

(19) Rempli par chaque agente de recherche tout au long de la mise en oeuvre du PIPP.

(20) Perreault M., Bouchard F., Léveillée D., Boyer G., Colin C. (1994). Validation d'une grille d'identification et d'analyse continues des besoins des femmes enceintes défavorisées, Hull, Direction de la Santé publique de l'Outaouais.

(21) Routhier S., Perreault M. (1993). Rapport de validation: fiche d'intervention clinique cumulative, Rouyn-Noranda, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

Deuxième partie

Le niveau d'implantation des éléments du programme

1. Démarche systématique d'intervention

La démarche systématique permet d'appliquer un modèle d'intervention d'une façon méthodique. Elle précise quelles données recueillir, comment analyser ces données, elle permet la planification des objectifs et du plan d'intervention, et finalement, elle assure une évaluation continue du plan d'intervention. Chaque discipline professionnelle possède plusieurs modèles d'intervention. A la lumière de la philosophie d'intervention proposée par le PIPP et en tenant compte qu'aucun modèle d'intervention multidisciplinaire n'existe, la DSP a recommandé l'utilisation du modèle de soins infirmiers McGill (22). Les concepts-clés de ce modèle sont la santé, la personne-famille, le "coping", l'environnement, le développement et l'apprentissage. Pour favoriser la systématisation de la démarche des intervenantes, le PIPP proposait aussi l'utilisation d'une grille d'identification et d'analyse continue des besoins.

2. Recours à une intervenante privilégiée (23)

Le concept d'intervenante privilégiée est un concept-clé du programme intégré. Cette intervenante, si possible toujours la même, initie une relation de confiance avec la cliente par des visites à domicile (généralement) toutes les deux semaines, ou plus si nécessaire. Ce concept ne limite pas l'intervention à une seule intervenante, il permet aussi la référence vers d'autres professionnelles à l'intérieur de l'équipe multidisciplinaire et du CLSC, et à des intervenants à l'extérieur du CLSC (ressources communautaires, par exemple). L'intervenante doit toutefois accompagner la cliente vers cette ressource le temps nécessaire, jusqu'à ce que cette dernière se sente à l'aise avec la ressource.

Le recours à une intervenante privilégiée est un élément essentiel de la mise en oeuvre du programme intégré. L'objectif, dans le cadre de cette recherche, est de décrire l'établissement de cette relation, d'en analyser les difficultés et les facilités, ainsi que d'estimer l'impact de cette relation sur les clientes.

Les clientes ont, dans une très forte majorité, grandement apprécié cette relation. Pour elles, cet élément est la clé du programme. La relation privilégiée a été l'occasion d'aborder des aspects de leur grossesse ou de leur vie personnelle qui les préoccupaient. Cette relation a aussi été l'occasion pour les clientes de procéder à des changements importants pour leur santé ou celle de l'enfant et, dans certains cas, pour leur propre vie personnelle. Les témoignages qui suivent, extraits des entrevues auprès des clientes, viennent appuyer ces affirmations.

"Nathalie, c'était vraiment une oreille pour m'écouter, parce que j'étais vraiment perdue, je ne savais plus rien... Je ne sais pas où je l'aurais trouvée, mais... c'est ça dont j'avais besoin le plus. (24)"

"Moi, ça ne m'aurait pas dérangée de continuer à manger au restaurant, mais je me dis peut-être pour le bébé... c'est peut-être mieux ! Tu sais, des fruits je n'en mangeais pas. J'en mangeais une fois de temps en temps, quand ça me tentait d'avoir une pomme. Mais maintenant, je me forçais pour manger au moins une pomme, une orange par jour, boire mes verres de lait, mes verres d'eau, du jus d'orange... Tu sais, je me forçais. Si c'était seulement que pour moi, tu sais, c'est pas grave mais... Ca prend une bonne alimentation pour avoir un bon bébé."

Dans la majorité des CLSC, les intervenantes ont, à certains moments, douté de la pertinence des rencontres toutes les deux semaines avec la cliente: on estimait que c'était trop fréquent.

Dans trois des sept CLSC, seules les infirmières ont été intervenantes privilégiées. Dans les quatre autres CLSC, les infirmières, l'intervenante sociale, la médecin, la nutritionniste et l'organisatrice communautaire ont été intervenantes privilégiées.

Pour les intervenantes de cinq des sept CLSC, l'établissement d'une relation privilégiée avec les clientes n'a pas posé de problème majeur, elles étaient à l'aise avec ce mode de fonctionnement. Pour certaines intervenantes, cette relation était un élément motivant important pour s'impliquer dans le programme.

On s'entend toutefois, dans ces cinq CLSC, pour dire que l'établissement de cette relation n'est pas une chose nécessairement facile, car les clientes sont souvent méfiantes face aux intervenantes du système de santé et des services sociaux. *"La première fois, quand Nathalie est venue, je lui ai dit que je ne voulais rien savoir. Puis, à la longue, j'ai appris à la connaître. Bien là j'ai vu..."*. D'ailleurs, les infirmières et les nutritionnistes semblent généralement mieux perçues que les intervenantes sociales.

Les intervenantes sont aussi d'avis qu'il n'est pas toujours facile de mettre de côté ses préjugés ou ses propres valeurs, et de s'adapter aux besoins et aux valeurs de la cliente. Dans certaines situations, elles auraient voulu forcer, en quelque sorte, une intervention. Les intervenantes sont généralement d'accord pour considérer que cette relation est l'élément central du changement chez les clientes.

Plusieurs intervenantes de deux des sept CLSC ont eu plus de difficultés avec le concept d'intervenante privilégiée. La transformation du rôle de l'infirmière dans la relation avec la cliente a été difficile à réaliser. Le fait qu'il faille partir des besoins de la cliente au lieu de respecter un contenu éducatif dicté par l'intervenante, a été un vrai problème pour des intervenantes de ces deux CLSC. Toujours dans ces deux CLSC, on se questionne aussi sur la bonne volonté des clientes; elles abuseraient, selon certaines intervenantes, des services que le CLSC leur offre. Quelques intervenantes voudraient même n'intervenir qu'avec des clientes motivées au premier abord.

(22) Gottlieb L., Rowart K. (1987). "The McGill model of nursing: A practice-derived model", Advance Nursing Science, 9(4):51-61.

(23) Données non disponibles pour deux CLSC.

(24) Extraits d'entrevue auprès des clientes, les noms utilisés sont fictifs.

La quatrième séance vise, au moyen d'un jeu, à aider les élèves à " décoder les stratégies développées par le groupe social pour les influencer et à mesurer la réalité des pressions extérieures exercées sur leur liberté. Ils seront également capables de construire une résistance à cette offensive et concevront ainsi la place de leur responsabilité personnelle dans leur conduite ". C'est pour cette séance essentiellement que le jury d'experts dont nous parlons plus haut, demandait une attention particulière à la formation des animateurs.

La cinquième séance a comme objectif spécifique de rendre les élèves " capables d'être assertifs, c'est-à-dire d'exprimer leurs sentiments, leurs goûts, leurs idées et leurs besoins de façon efficace, économique, et sans anxiété ou agressivité inadéquate ". L'animation est basée sur des dessins, dans lesquels il faut compléter les bulles, de façon à rendre leur message plus clair et plus efficace.

La sixième séance consiste en une analyse de la publicité, tandis que la septième porte sur la contre-publicité, par la création d'une affiche pour une campagne anti-tabac.

La huitième et dernière séance est consacrée à l'évaluation des sept autres avec les élèves.

On le voit dans cette description, le module est encore fort centré sur le "produit tabac", bien qu'un gros travail ait été réalisé pour arriver à une vision plus globale de prévention des assuétudes (2).

Le support pédagogique fourni aux animateurs est une brochure où on retrouvera les réflexions et conseils méthodologiques, les consignes et objectifs pour le déroulement de chaque séance, les outils didactiques reproductibles à utiliser lors des animations... La brochure rappelle également le déroulement de la recherche expérimentale originale, les conclusions qui en ont découlé, et souligne les points auxquels les animateurs doivent être attentifs.

La diffusion du module

Les conclusions des experts aboutissaient à la constatation que cet outil nécessitait une formation et un accompagnement des animateurs. L'AFAPMS a décidé d'en réserver l'utilisation aux agents PMS (encore une fois, il n'y aurait de bons animateurs dans les écoles que les agents PMS?). Elle l'a fait d'une façon qu'on peut juger critiquable, à savoir en " gonflant " le prix de vente de la brochure auprès du grand public: 5000 francs pour une brochure d'une cinquantaine de pages, c'est beaucoup! Les centres PMS peuvent l'acheter au prix de 1000 francs (500 francs pour les agents ayant participé à l'expérimentation du module).

Toutefois, pour les lecteurs qui s'intéressent à ce module, très intéressant malgré les critiques qu'on puisse en faire, un gros rapport de synthèse de la recherche est disponible au prix de 500 francs. On y trouve une présentation du module d'origine, une présentation du dispositif de la recherche, les résultats de l'évaluation, le détail de l'expertise,...

Pour tout renseignement, s'adresser au siège de l'ASBL: AFAPMS, Gérard Marnette, BP 99, 7100 La Louvière.

(1) *Pour les détails de cette procédure, voir l'article de MONOYER M, MIERMANS M.C., DEMARTEAU M., L'approche judiciaire en évaluation, paru dans Education Santé n°88, 06/94, pp.7-9.*

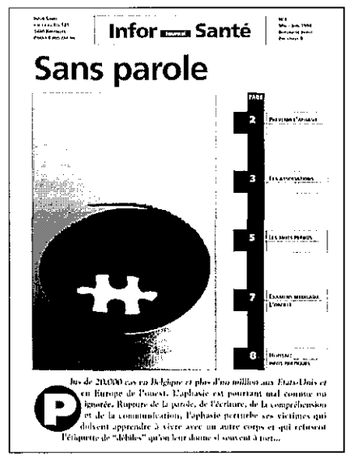
(2) *Voir à ce propos le "Guide de prévention primaire des toxicomanies à l'usage des enseignants", réalisé par le Comité de Concertation Alcool Drogues (C.C.A.D.). Paru en supplément du n°87, 05/94 d'Education Santé.* ■

Sans parole

Plus de 20.000 personnes souffrent d'aphasie en Belgique. Cette affection est pourtant mal connue.

Rupture de la parole, de l'écriture, de la compréhension et de la communication, l'aphasie perturbe ses victimes qui doivent apprendre à vivre avec un autre corps et qui refusent l'étiquette de "débiles" qu'on leur donne souvent à tort...

Le numéro 3 du Journal Infor Santé, une co-production de l'asbl Question Santé et des Mutualités Chrétiennes, présente ce trouble du langage ainsi que les nombeuses associations pouvant apporter une aide aux malades, enfants ou adultes.


Infor Santé

Sans parole

La revue contient aussi un article sur les médicaments agissant sur le cholestérol et autres graisses, médicaments dont la prescription doit être approuvée par le médecin-conseil. On y trouve aussi un autre texte présentant les examens médicaux de l'oreille, et une description d'une brochure d'information sur les aspects matériels d'une hospitalisation.

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".

Module de prévention des habitudes tabagiques

Connaissez-vous l'AFAPMS? Il s'agit de l'Association Francophone des Agents des Centres Psycho-Médico-Sociaux, une ASBL regroupant des agents PMS de tous les réseaux, désireux de "promouvoir la qualité de leur travail et l'image de leur institution". Dans cette optique, une commission éducation pour la santé a été créé en 1989, centrée sur l'approche préventive des problèmes de santé rencontrés par les jeunes et plus spécifiquement celui des assuétudes.

Cette commission a décidé de créer un outil pédagogique de prévention du tabagisme, à l'usage des agents PMS. Plus qu'un outil, c'est toute une recherche-action qui a été mise sur pied, puisque plus d'une centaine d'agents PMS ont participé à l'expérimentation du module, en organisant des animations (huit séances d'une heure chacune) dans les écoles où ils avaient l'habitude de travailler.

Le module expérimental avait un objectif clairement défini: " réduire le nombre d'entrées dans le tabagisme parmi les jeunes de 10 à 14 ans en Communauté française par un programme de prévention en milieu scolaire. Il s'agissait de mettre en oeuvre, avant tout ancrage dans la dépendance, des techniques actives, concrètes et suffisamment impliquantes pour que les élèves acquièrent des attitudes, des valeurs et des comportements réfléchis face au tabac ". Nous le verrons plus loin, cet objectif se trouvera considérablement modifié après l'évaluation.

La recherche

Le but initial était de "construire un module d'animation, de l'appliquer à grande échelle sur une population scolaire définie et d'en évaluer l'efficacité et la praticabilité". L'APES a été contactée comme aide à la création d'outils d'évaluation.

Cette évaluation entendait vérifier si le module était utilisable tel qu'il avait été conçu, s'il était pertinent et efficace pour les niveaux d'âge ciblés, et praticable dans différents milieux socio-culturels.

L'expérimentation du module s'est déroulée de janvier à juin 1992. Plus de 108 agents PMS se sont portés volontaires pour la mener à bien.

L'évaluation qualitative auprès des animateurs, des enseignants et des élèves se révéla très positive. Chacun avait quelques remarques à faire sur le contenu ou sur les consignes d'animation qui étaient fournies avec le module, mais dans l'ensemble tout allait bien. Pourtant, les résultats de l'analyse quantitative laissèrent tout le monde perplexe.

Pour rappel, il s'agissait d'estimer l'impact du module sur les élèves, et de chiffrer cet impact par des scores d'attitudes anti-tabac, de connaissances, d'intentions comportementales, de comportement tabagique actuel, et des indices d'environnement tabagique et de pratique sportive.

Les résultats du post-test ont fait apparaître une seule différence significative entre les deux groupes: celle du score de connaissances, meilleur dans le groupe expérimental, alors que les scores comportementaux par exemple évoluent négativement. Cela amena pas mal de questions, sur l'évaluation (" nos instruments de mesure sont-ils fiables?, mesure-t-on vraiment ce qu'on croit mesurer?,... ") mais aussi sur le module lui-même et ses objectifs (" notre module n'a-t-il pour seul effet constructif que d'améliorer le savoir des élèves?, induit-il des effets pervers en incitant les élèves à fumer? ").

Ces questions ont poussé la commission éducation pour la santé à refaire appel à l'APES, afin de soumettre le problème à une assemblée d'experts. Cela se fit sous la forme d'un procès de Cour d'Assises (1).

Le verdict de ce jury d'experts amena donc les auteurs du module à le revoir complètement, notamment dans la définition des objectifs de départ: il ne s'agit plus seulement de " réduire le nombre d'entrées dans le tabagisme... ", mais plus globalement de " mobiliser les ressources globales des élèves en vue de favoriser chez eux une maturation affective du choix de santé ". Le contenu des séances fut revu, notamment pour le rendre plus souple et adaptable en fonction de l'âge des élèves. On y a ajouté des réflexions théoriques et méthodologiques (pour la formation des animateurs). Un accompagnement méthodologique, demandé par les experts, a aussi été prévu par l'AFAPMS.

Une autre critique du jury d'experts portait sur le peu d'implication des enseignants dans ce module. Et c'est vrai qu'ils sont peu présents, ils ne semblent être là que pour faciliter l'arrivée de l'animateur du PMS dans un groupe-classe, puisqu'ils sont condamnés à n'être que des spectateurs passifs. Sans doute les auteurs n'ont-ils pas voulu cela clairement, mais la nouvelle mouture du module n'y a apparemment rien changé.

Le module remanié

La première séance concerne les représentations des élèves sur le tabagisme: l'animation se déroule sous forme d'un débat autour de la question " Pour moi, fumer c'est... ".

La deuxième séance est divisée en deux parties: on y voit tout d'abord les causes du tabagisme; toujours au moyen d'une discussion ouverte, il s'agit de préciser la perception qu'ont les élèves des motivations du fumeur. La deuxième partie porte sur les effets: on y parle des effets subjectifs recherchés par le fumeur, qui seront mis en parallèle avec les effets objectivement observés sur la vie du fumeur (son corps, son esprit, ses activités).

La troisième séance a pour objectif de " situer la réalité du tabagisme en tant que phénomène socio-économique auquel les élèves sont inévitablement exposés ".

3. Equipe multidisciplinaire

Chaque CLSC devait assurer la mise sur pied d'une équipe multidisciplinaire formée d'infirmières, d'intervenantes sociales, de nutritionnistes, de médecins, d'organisatrices communautaires, etc. Cette équipe devait se réunir toutes les deux semaines. L'équipe multidisciplinaire doit servir à soutenir l'intervenante dans son intervention. Elle doit aussi permettre à l'intervention d'être plus globale. Le mandat de l'équipe comporte trois volets: par des discussions de cas régulières, l'équipe multidisciplinaire doit appliquer la démarche systématique d'intervention (identification des besoins, plan d'intervention et évaluation); elle doit aussi faciliter la démarche de réflexion et d'action par rapport à la pauvreté chronique par le partage des expériences de chacune des intervenantes; et finalement, elle doit soutenir les intervenantes privilégiées confrontées à des situations où le poids des difficultés peut devenir accablant et où l'apport de chaque profession est souvent fort utile compte tenu de la complexité des difficultés rencontrées.

Il est essentiel de noter que les éléments théoriques pour définir et évaluer la multidisciplinarité sont presque absents dans la littérature scientifique. Il devient donc difficile d'avoir des critères clairs pour évaluer la multidisciplinarité.

Les sept CLSC impliqués dans la mise en oeuvre ont implanté une équipe multidisciplinaire qui s'est réunie régulièrement. Les équipes comptent toutes au moins une intervenante sociale et des infirmières. En plus, six des sept équipes comportaient des intervenantes d'autres professions. Trois équipes comptaient une organisatrice communautaire et deux avaient une médecin. Une hygiéniste dentaire, une coordonnatrice, une agente de planification et une nutritionniste ont aussi participé aux rencontres multidisciplinaires au cours de la mise en oeuvre.

Dans trois des sept CLSC, les rencontres multidisciplinaires n'ont presque pas permis de discussions de cas. Les rencontres ont principalement servi à tenter de régler les problèmes de compréhension de la démarche systématique d'intervention, ainsi qu'à résoudre les problèmes liés aux instruments d'intervention et de recherche. Dans les quatre autres CLSC, les rencontres ont aussi servi à discuter des problèmes du programme intégré. Toutefois, dans une très large mesure, les équipes ont réussi à tenir des discussions de cas régulières. Pour trois des sept CLSC, l'équipe multidisciplinaire a été le lieu d'affrontements entre les membres des différentes professions. Cette situation a engendré des brisures au sein de deux équipes. Les conflits étaient reliés à des positions différentes concernant le programme ou la démarche systématique d'intervention. Pour un des sept CLSC, les intervenantes ont questionné la pertinence et la fréquence des rencontres multidisciplinaires. Dans deux des sept CLSC, les discussions de cas ont été caractérisées par la crainte des intervenantes d'être jugées. Pour trois des sept CLSC, des rencontres informelles entre quelques intervenantes de l'équipe sont venues régulièrement s'ajouter aux rencontres régulières de l'équipe multidisciplinaire. Ceci rendait alors inutiles, pour plusieurs intervenantes, ces réunions de l'équipe.

En conclusion, il est possible d'affirmer, à la lumière des analyses effectuées jusqu'à maintenant, qu'implantée formellement, la multidisciplinarité n'a, pour la plupart des CLSC, pas réussi à imprégner en profondeur les interventions et l'organisation des services.

4. Intégration du programme dans l'établissement

Une des dimensions du programme intégré est d'amener l'équipe multidisciplinaire à porter une réflexion sur l'intervention en situation d'extrême pauvreté. Cette problématique n'est certainement pas le strict apanage des équipes travaillant en périnatalité. Le travail fait par l'équipe multidisciplinaire qui implante le programme ne devrait pas se faire en vase clos, en dehors de l'ensemble des équipes d'intervention du CLSC. La connaissance du programme intégré par l'ensemble des intervenantes du CLSC devient donc une condition minimale pour permettre à ces dernières et aux gestionnaires de participer à cette réflexion et d'adapter leurs interventions auprès de cette clientèle. L'intégration du programme dans l'établissement est aussi un élément essentiel pour comprendre la suite des activités du programme intégré après la fin du projet de mise en oeuvre.

Dans tous les CLSC, le programme a été intégré dans l'équipe "Petite enfance" - sauf pour un cas où l'organisation des équipes était différente - et n'est pas réellement connu des autres équipes du CLSC.

Dans quatre CLSC sur cinq (23), des éléments du contexte, des décisions administratives et certaines caractéristiques organisationnelles ont permis la continuité du programme suite à la mise en oeuvre. Dans deux de ces CLSC, la direction et le Conseil d'Administration (CA) avaient décidé d'investir les sommes nécessaires au maintien du programme suite à la mise en oeuvre. Dans l'autre CLSC, le programme ne sera plus dispensé suite à la mise en oeuvre. Il faudra attendre l'arrivée d'une subvention spécifique du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour que le programme recommence à être dispensé.

5. Recours aux ressources communautaires du milieu

Le PIPP prévoyait que les CLSC établissent des liens fonctionnels avec les ressources communautaires du milieu. Ces liens sont estimés essentiels dans la mesure où ils permettent aux clientes d'avoir accès à une plus grande variété d'interventions et de briser l'isolement dans lequel elles sont souvent plongées.

L'objectif poursuivi dans le cadre de la recherche de la mise en oeuvre est de savoir si ces liens ont été établis, et dans quelle mesure les ressources communautaires ont été impliquées lors de cette mise en oeuvre.

Il est essentiel de noter que tous les territoires de CLSC ne sont pas desservis de la même façon par les ressources communautaires. Dans certains territoires, les ressources sont nombreuses et bien organisées; dans d'autres, il n'y a presque pas de ressources.

Sauf pour le recrutement, aucun CLSC, comme établissement, n'a planifié ou organisé, dans le cadre de la mise en oeuvre du programme, des liens fonctionnels avec les ressources communautaires de son milieu. Pourtant, la très forte majorité des acteurs interviewés sont d'avis que les ressources communautaires sont un élément important dans la réussite du programme, tant pour le recrutement que pour les services à fournir aux clientes. Le recours aux ressources communautaires du milieu s'est donc effectué d'une façon informelle et ponctuelle tout au long de la mise en oeuvre.

Dans tous les CLSC, les entrevues auprès des groupes communautaires ont dû être retardées parce que les organismes n'avaient pas été contactés par les CLSC. Certains organismes ne connaissaient pas l'existence du programme et quelques autres seulement avaient entendu parler du programme intégré. Il est donc évident que les organismes communautaires n'ont pas été réellement impliqués dans la mise en oeuvre du programme intégré autrement que comme des collaborateurs occasionnels.

6. Suppléments alimentaires

Dans la tradition des projets OLO (Oeuf, lait et oranges) et du Dispensaire diététique de Montréal, le programme prévoit que chaque cliente reçoive, à compter de la 20ème semaine de grossesse, des oeufs, du lait et du jus d'oranges. Chaque CLSC était responsable de la distribution des suppléments alimentaires.

Ce service est un des plus importants dispensés dans le cadre du programme intégré. L'objectif est de savoir comment s'était effectuée cette distribution et de connaître le niveau de satisfaction des clientes et des intervenantes.

Dans six des sept CLSC, la distribution des suppléments alimentaires a été effectuée par le laitier (dans un CLSC, le jus d'orange était distribué par les intervenantes privilégiées). Les CLSC ont négocié des ententes avec les distributeurs de leur territoire. Dans ces six cas, la distribution n'a pas posé de problèmes importants. Dans un CLSC, les clientes et les intervenantes se sont plaintes du fait que le laitier n'avait pas toujours des attitudes convenables. Une fois ce problème réglé, tout s'est bien passé.

A cause de la configuration des ressources locales, un CLSC n'a pu utiliser les services du laitier. Les clientes recevaient un chèque pour payer les suppléments alimentaires. Un CLSC a connu des problèmes avec la DSP concernant le type de suppléments à distribuer. Une fois cette difficulté résolue, tout est rentré dans l'ordre. Les clientes ont apprécié recevoir les suppléments alimentaires. Elles sont généralement satisfaites des services reçus concernant la distribution des suppléments alimentaires. Les intervenantes se sont aussi dites satisfaites du mode de distribution des suppléments alimentaires. Dans un CLSC, la direction n'avait rien prévu pour financer les suppléments alimentaires offerts dans le programme. Les intervenantes ont trouvé l'argent nécessaire auprès d'organismes du milieu.

Troisième partie

La mise en oeuvre du programme auprès des clientes

1. Niveau de recrutement de la clientèle visée

Chaque CLSC devait recruter et assurer le suivi de dix femmes répondant à des critères très précis. L'établissement de ces critères est strictement relié à la recherche. C'est pour éviter des biais dus à des variables qui n'auraient pas été contrôlées (la multi-ethnicité, par exemple) que ces critères ont été retenus. Ceux-ci étaient les suivants: être francophone, née au Québec ou au Canada francophone; ne pas avoir complété ses études secondaires (25), vivre sous le seuil de pauvreté (5 sur 10) ou de la grande pauvreté - 60 % du seuil de pauvreté tel que déterminé par Statistique Canada (5 sur 10); provenir d'une famille qui vivait dans la pauvreté; avoir au moins 16 ans.

Il est essentiel de documenter le processus de recrutement des clientes. Il faut identifier les difficultés rencontrées et les moyens par lesquels les clientes ont été recrutées.

Dans six des sept CLSC, les critères de sélection ont été critiqués, les intervenantes estimant qu'ils étaient trop restrictifs, principalement ceux concernant la scolarité et l'origine sociale des clientes.

Dans la majorité des CLSC, il a été difficile de recruter les clientes. Les intervenantes ont fait beaucoup d'efforts en ce sens. Dans six des sept CLSC, on a dû prolonger la période de recrutement pour permettre aux intervenantes d'atteindre leur objectif. Quatre des sept CLSC ont recruté les dix clientes prévues pour la mise en oeuvre. Un CLSC a rejoint cinq clientes, un autre a rejoint huit femmes et le dernier en a rejoint neuf.

En vérifiant dans quatre des sept CLSC, il est possible d'affirmer que plus de 70 % des clientes, même les multipares, en étaient à leur premier contact avec le CLSC. Dans ce sens, on peut affirmer qu'avec le programme, le CLSC a rejoint une clientèle qu'il n'aurait sans doute pas rejointe autrement.

2. Degré de confiance de la cliente envers l'intervenante (23)

La relation de confiance mutuelle entre l'intervenante et la cliente figure parmi les facteurs de réussite d'une intervention auprès des femmes enceintes en milieu de pauvreté. Cette relation exige des intervenantes de l'empathie, de l'ouverture d'esprit, le respect des compétences et des valeurs des clientes et la reconnaissance de l'impact des conditions de vie sur les comportements et les choix des clientes.

Cette variable permet de documenter la qualité de la relation que l'intervenante privilégiée et la cliente ont réussi à établir. Etablir cette relation est un défi important pour les intervenantes. La grande méfiance des femmes enceintes de milieu d'extrême pauvreté envers les services gouvernementaux a pour effet d'éloigner ces dernières des services auxquels elles ont droit et de les maintenir encore plus dans la marginalité.

Les clientes interviewées sont unanimes pour affirmer qu'elles avaient une grande confiance envers l'intervenante. Les intervenantes sont souvent considérées par les clientes comme des amies et non seulement comme des professionnelles. La disponibilité, le respect et la flexibilité sont des qualités que les clientes retrouvent et apprécient chez l'intervenante. Les clientes sont aussi d'avis que cette relation a été très aidante dans le cours de leur grossesse. Elles se sont senties soutenues par les intervenantes.

"Moi, ça m'a aidée parce que, comme je te dis, quand Nathalie vient, je peux

(25) Au Québec, les élèves terminent généralement leurs études secondaires après 11 années de scolarité, vers l'âge de 16 ans.

adaptant le concept en fonction des précieux enseignements que nous offre cette évaluation.

A cet égard, je dois encore préciser que le soussigné fait partie du groupe des concepteurs et non de celui des évaluateurs dont le rapport, qui est en voie d'être achevé, a été la source principale d'information pour cet exposé.

Mes remerciements chaleureux à Marianne Frund et Gérard Piquerez qui ont fait un travail remarquable de rigueur et de professionnalisme et ont accepté de relever ce défi.

C'était, dans notre expérience, la première fois que nous pouvions nous offrir le "luxe" d'une évaluation digne de ce nom et nous nous réjouissons encore de ce choix non parce qu'il a confirmé plusieurs des hypothèses des concepteurs mais parce qu'il nous a permis de remettre en questions plusieurs idées reçues, et qu'il a heureusement permis de nuancer et de tempérer parfois un enthousiasme préventif voire "préventophilique" qui manquait souvent de recul. Il n'est évidemment pas réaliste d'envisager de mettre en route un tel processus pour chaque action que nous concevons et menons, mais la leçon reste gravée dans nos esprits et a certainement contribué à élever notre niveau de vigilance et d'autocritique.

Dr Jean-Luc Baierlé, médecin cantonal, Jura (Suisse)

Pour tout renseignement: Service de la santé, 20 faubourg des Capucins, CH - 2800 Delémont, Suisse. ■

L'approche par les pairs pour la santé des adolescents

Un séminaire international francophone

La spécificité des valeurs et des modes de vie des adolescents conduit les acteurs en promotion de la santé à diversifier les approches utilisées avec les jeunes et à concevoir des types d'interventions adaptés à ce public.

Des enquêtes visant à repérer les réseaux de sociabilité des jeunes ont montré que ces derniers considèrent souvent leurs amis comme leur principale source d'aide pour faire face à leurs problèmes quotidiens. Le principe de l'éducation par les pairs repose sur la constatation que les adolescents sont souvent de meilleurs interlocuteurs pour les autres adolescents que les adultes. Ainsi, il peut être intéressant de les associer à des actions de promotion de la santé afin qu'ils soient des relais vers d'autres jeunes.

Cette démarche a largement été développée et évaluée dans les pays anglophones, alors que les initiatives francophones restent dispersées et peu connues.

Le Comité Français d'Education pour la Santé et le Comité Départemental d'Education pour la Santé du Doubs organisent les 5, 6 et 7 décembre prochains un séminaire international qui se veut l'occasion d'une réflexion spécifique sur les expériences francophones utilisant l'approche par les pairs auprès de jeunes âgés de 15 à 20 ans.

Ce séminaire sera donc exclusivement réservé à des équipes qui ont mené des expériences d'éducation par les pairs. Ce sera l'occasion pour elles d'échanger leurs réflexions sur des problématiques semblables. Le but du séminaire est aussi de proposer des recommandations pour la mise en pratique de cette approche.

Un temps sera réservé à la présentation d'expériences d'approche par les pairs, mais la rencontre s'articulera essentiellement autour d'ateliers de travail qui intégreront les communications et les pistes de réflexion dégagées lors du travail préparatoire.

Une cinquantaine de personnes sont attendues à ce séminaire.

Contact: Fabienne Bonnin, Comité départemental d'Education pour la Santé du Doubs, Place du Huit Septembre 19, F-25000 Besançon, France, tél. 81.82.32.79.

Si vous désirez de plus amples informations sur ce séminaire ou sur le principe de l'éducation par les pairs, nous vous signalons que Geneviève Houioux (Promes, Ecole de Santé Publique ULB, tél. 02/555.40.81) fait partie du Comité d'organisation. N'hésitez pas à la contacter.

Les thèmes qui seront développés lors des ateliers sont :

1. L'implantation des programmes
- les intentions et les enjeux éducatifs
- les contextes institutionnels
- les modes de recrutement des jeunes et des adultes
- les expériences dans un cadre autre que celui de l'école

2. Contenu et activités des programmes
- les différents types d'approche par les pairs
- la formation dispensées auprès des jeunes et des adultes
- le suivi des jeunes relais
- l'existence de thématiques de santé

3. L'évaluation
- l'évaluation en termes de résultats et d'impact
- les outils utilisés, les indicateurs choisis
- la visibilité des actions
- les facteurs de réussite et les obstacles à la conduite d'actions d'éducation par les pairs,
- la continuité et l'autonomisation des actions

4. Recommandations pour la mise en place d'un programme d'approche par les pairs.

ont été entraînés par différentes personnes dont les "samaritains" qui s'occupaient de l'installation et de la surveillance du matériel. Le temps de visite était variable selon les personnes et leur avis sur les modules est extrêmement divers; les avis négatifs semblent essentiellement liés au fait de ne pas avoir appris de choses nouvelles ou de ne pas avoir de problèmes liés aux thèmes traités. Plusieurs adultes ont également signalé avoir rencontré des difficultés pour comprendre et exécuter certaines consignes, ce qui peut paraître étonnant vu que tout le matériel avait été pré-testé auprès d'un échantillon du public-cible. Les exigences étaient probablement encore trop élevées dans certains postes. On retiendra cependant le fait que les enfants ont été le vecteur principal de diffusion de l'information au sujet de l'exposition et qu'ils ont réussi fréquemment à motiver leurs parents à aller la visiter.

4. Questionnaire aux enseignants

Les enseignants ayant visité l'exposition avec leur classe pouvaient donner leur avis à travers un petit questionnaire qui leur proposait de décrire les réactions globales à l'exposition, puis de répondre à quelques questions sur le nombre de visites, leur durée et préciser les difficultés rencontrées.

En ce qui concerne les aspects négatifs, ils étaient fréquemment liés au manque de temps qu'ils ont pu consacrer aux modules de l'exposition ou aux difficultés topographiques liées à tel ou tel lieu particulier trop exigu ou mal choisi. Les remarques négatives se focalisent aussi fréquemment sur les textes et consignes. L'âge des élèves ou leur degré de maturité scolaire a été un obstacle fréquemment relevé. Cependant, les remarques positives l'emportent très nettement sur les appréciations négatives.

En résumé, les enseignants soulignent la qualité générale de l'exposition et saluent cette approche pédagogique de la santé, la motivation et l'enthousiasme des élèves, leur plaisir lors de la visite et leur implication active à l'expérience proposée. Leurs remarques indiquent aussi que la sensibilisation à la santé s'est prolongée pendant et après l'exposition par des échanges entre élèves et enseignants durant la visite ou en classe. Les remarques plus critiques permettront de mieux organiser un prochain passage.

5. Le "grand questionnaire"

Une analyse plus fine de l'impact de l'exposition a été menée au moyen d'un questionnaire plus fouillé qui a été adressé à un groupe d'élèves avant et après leur passage dans l'exposition. Le dépouillement de ce questionnaire n'est pas encore totalement terminé, mais l'essentiel des résultats bruts est déjà disponible et l'on peut déjà en tirer quelques renseignements utiles.

Sur le concept de l'exposition, les avis sont plutôt favorables et les élèves avouent préférer regarder, faire et écouter; le fait d'avoir des textes à lire (consignes) n'est pas toujours perçu favorablement. Cependant l'approche de ce nouveau media est jugée d'une manière positive.

Quant à la conception de la santé que l'ESJ a tenté de présenter aux élèves, le résultat semble partiel. Une question ouverte sur la santé des élèves montre qu'ils ont acquis un certain vocabulaire et des notions de "culture sanitaire"; lorsque la fermeture des questions limite les effets de verbalisation, les conceptions préalables de la santé, notamment les définitions négatives réapparaissent. L'introduction d'une nouvelle conception de la santé a entraîné une certaine confusion dans les pratiques, qui pourrait éventuellement avoir pour effet pervers d'entraîner une certaine déqualification des élèves quant à la vision de leur propre santé. Autre élément intéressant: si les élèves apprécient recevoir de l'information à propos de leur santé et en désirent encore, ils veulent majoritairement qu'elle vienne de leurs parents.

Quant aux changements possibles dans les habitudes des enfants, la moitié d'entre eux disent vouloir changer leurs habitudes mais font preuve de peu de cohérence logique dans leurs autres réponses.

Le module "manger" semble réellement introduire des critères supplémentaires dans les choix alimentaires des élèves et leurs notions préalables de la bonne alimentation se trouvent manifestement renforcées après la visite.

Le module "dormir" a quant à lui remis à jour les connaissances des élèves sur les causes de l'insomnie, mais plusieurs actions leur paraissent peu claires quant à leur effet sur le sommeil. La majorité semble avoir déjà son rituel lié au sommeil et tente de le conserver.

Le module "respirer" est à l'évidence celui où la multiplicité et la complexité des expériences proposées posent le plus de problèmes de compréhension et de manipulation aux élèves.

Le module "bouger" semble celui qui a présenté le moins d'attractivité.

Conclusions (provisoires)

Personne ici ne doute de la nécessité et du bien-fondé d'évaluer les actions de promotion de la santé; les concepteurs de l'ESJ avaient posé cette exigence dès le départ et prévu au budget une somme leur permettant de faire un réel travail en profondeur et de confier cette tâche à un organisme indépendant (le coût de l'évaluation représente 20 à 25 % du coût de l'exposition et nécessite environ 2 ans de travail).

Les objectifs sont multiples; ils vont de l'évaluation de l'outil/du concept et de son fonctionnement en tant que tel, à l'impact sur le public-cible et sur sa santé ou du moins sur les perceptions qu'il en a et les comportements qu'il adopte.

Pour l'ESJ, les résultats semblent montrer que les hypothèses des concepteurs sur le choix du concept (exposition, aspect ludique, participatif et interactif) se sont vérifiées d'une manière positive. Les enfants ont apprécié ce media.

Quant à l'évaluation de l'impact dans le public visé, elle est évidemment plus difficile et les résultats sont d'autant plus nuancés que l'on cherche à mesurer les effets à plus long terme; peu après leur passage dans l'exposition, les élèves expriment essentiellement les idées positives et démontrent qu'ils ont acquis, ne serait-ce que passagèrement, une "certaine culture sanitaire".

Lorsqu'on cherche à analyser de manière plus profonde cet impact, les impressions sont plus nuancées et nous rappellent à une certaine modestie quant à notre capacité de modifier des perceptions, voire des comportements, même chez des enfants relativement en bas âge. Les élèves interrogés nous ont rappelé d'une manière qui en a surpris plus d'un qu'ils attendaient essentiellement de leurs familles les informations sur leur santé et les messages de prévention.

Cependant le bilan global est plutôt positif et nous incite à poursuivre ce type d'action tout en corrigeant et en

me vider le coeur. Tu sais, je parle avec elle puis je suis à l'aise. Puis aussi, le programme, je trouve que ça m'aide beaucoup. J'aime bien ça, je suis très satisfaite de ce que vous donnez... Ah oui ! Je suis contente !"

"J'ai appris pas mal d'affaires, même ! Surtout sur l'alimentation. Moi, je savais pas vraiment comment m'alimenter, manger bien, là. Nathalie, elle m'a parlé d'un paquet d'affaires. Elle fait pas juste me parler du projet, on peut parler de n'importe quoi. Ca fait que... elle m'a conseillée sur bien des projets."

La réussite de l'établissement de cette relation doit être située dans le contexte où ces femmes évitent généralement les services proposés par les CLSC. Que les intervenantes aient pu réussir à entrer en relation avec elles et avec leur conjoint, qu'elles aient réussi à aborder avec les clientes des éléments touchant leur propre santé et celle de leur enfant ou leurs habitudes de consultation, par exemple, montrent que le programme a atteint un de ses objectifs centraux.

"Je l'ai trouvée bien correcte là-dessus... Mon conjoint est content parce qu'il est en admiration devant Nathalie. C'est très rare. Lui, il n'est pas du tout "services publics" ! Les travailleuses sociales puis tout ça, il n'aime pas ça. Puis même les premiers temps, il était un peu craintif. Des fois, il a des affaires à demander, puis il dit "Ah, je vais attendre Nathalie, elle va venir, je vais y demander". Il se renseigne. Avant, il n'aurait peut-être pas parlé, il n'aurait peut-être même pas suivi la grossesse autant. Il est plus là, il a des questions à poser lui-même, que moi je penserais même pas poser."

3. Satisfaction des besoins de la cliente (29)

La mise en place des éléments du programme ne garantit pas nécessairement la satisfaction des clientes en regard des services qu'elles ont reçus. Il est donc essentiel de savoir si les clientes ont été satisfaites et de connaître les éléments du programme qu'elles ont ou non appréciés.

Les clientes sont très satisfaites des services reçus dans le cadre du programme intégré. Cette conclusion émerge clairement des entrevues malgré les nombreuses tentatives et les efforts systématiques des intervieweuses pour faire ressortir des éléments négatifs face aux services que les clientes avaient reçus. Le fait que la majorité gardent un contact avec l'intervenante privilégiée suite à l'accouchement est une autre confirmation de la satisfaction des clientes. En fait, rien de négatif n'est ressorti de toutes ces entrevues. La très forte majorité proposeraient le PIPP sans hésitation à d'autres femmes enceintes. Les clientes estiment toutefois que toutes les femmes enceintes qu'elles connaissent n'ont pas nécessairement les caractéristiques qu'exige le PIPP. Certaines seraient vraiment trop méfiantes pour laisser une intervenante des services publics les visiter toutes les deux semaines. Pour d'autres, la motivation du changement est trop faible pour qu'elles puissent réellement profiter de ce genre de programme.

"C'est une chance si je l'ai eu ! (le PIPP) Ah oui, je conseillerais ça... même à mon pire ennemi."

"Bien en tout cas, j'ai appris beaucoup de choses, oui... Même, je pense que j'en ai encore à apprendre. Puis je le sais que même après, quand je vais avoir l'enfant, je vais avoir des questions à poser, puis c'est Nathalie que je vais appeler."

Conclusion

Les résultats préliminaires de l'étude de mise en oeuvre montrent que les clientes sont très satisfaites des services reçus. Tout ce qui concerne la relation entre l'intervenante et la cliente, laisse croire qu'il est possible de rejoindre les femmes en milieu d'extrême pauvreté, de leur redonner confiance dans le système public de services de santé et de services sociaux. Dans cette perspective, on peut affirmer que le programme est une réussite.

Du point de vue des intervenantes, il semble que les exigences reliées à cette tâche nécessitent un réajustement et une grande adaptation quant à la philosophie et au mode d'intervention privilégié traditionnellement dans les formations professionnelles. La notion d'intervention globale par une seule intervenante privilégiée et le travail en équipe multidisciplinaire laissent paraître des tensions entre les exigences traditionnelles de l'intervention et celles que requiert un programme de services intégrés.

Du point de vue de la recherche, le devis méthodologique possède une très forte validité interne avec les différents mécanismes de cueillette de données. Il est cependant très lourd à utiliser. De plus, il ne faut pas sous-estimer l'impact de cette recherche sur la mise en oeuvre du programme intégré. Est-il possible qu'un programme de cette ampleur puisse s'implanter sans qu'une recherche y soit associée? Les nombreux changements exigés par le programme intégré - systématisation de la démarche, changement de modèle d'intervention, changement de philosophie d'intervention, modification de la clientèle, etc. - et des réactions des acteurs concernant certaines exigences de la mise en oeuvre - recrutement, suivi et rencontres multidisciplinaires systématiques entre autres - laissent croire que le programme aurait peut-être été implanté différemment s'il n'y avait pas eu une entente clairement acceptée à propos de la définition de programme à implanter.

Cet élément n'est qu'un exemple du genre de réflexions que l'étude de la mise en oeuvre d'un programme laisse poindre. Dans ce sens, les analyses à venir, celles sur l'explication du processus de mise en oeuvre, devraient être intéressantes, tant du point de vue théorique que du point de vue épistémologique.

Perreault Michel (26), **Labadie Jean-François** (27), **Boyer Ginette** (27), **Bouchard Françoise** (28), **Routhier Sylvie** (29), **Léveillé Danielle** (28), **Racine Pierre** (27), **Colin Christine** (30) et **Denis Jean-Louis** (31).

Cette recherche a été rendue possible grâce à des subventions du Programme de recherche en santé communautaire des Régies régionales de Montréal-Centre et de l'Outaouais, de la Régie régionale de l'Abitibi-Témiscamingue, du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, de la Direction de la Santé publique de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et de la Direction de Santé publique de l'Outaouais.

Direction de la Santé publique, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, 5565, Rue Sherbrooke est, Montréal, Québec, H1N-1A2. Tél.: (514)252-3970. Fax: (514)252-9238.

(26) Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
(27) Direction de Santé publique, Hôpital Maisonneuve-Rosemont.
(28) Direction de Santé publique de l'Outaouais.
(29) Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.
(30) Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
(31) Faculté de médecine, département d'administration de la santé, Université de Montréal.

Evaluer les comportements par le "focus-group"

Une expérience zaïroise dans le cadre de la lutte contre le sida

En marge d'une enquête par questionnaire réalisée en 1991, notamment dans la ville de Kinshasa, pour évaluer les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) en rapport avec le sida, chez les personnes âgées de 12 à 30 ans, quatre groupes de discussions ont été organisés selon la méthode du " focus-group " (1), essentiellement pour confirmer et compléter, au besoin, les résultats de l'enquête.

La raison essentielle de ce choix était le regroupement des résultats par une approche différente, principalement basée sur des données plutôt qualitatives.

Les séances du " focus-group " réalisées en séquence, mais sans attendre les résultats du questionnaire, ont concerné une quarantaine de jeunes de la même tranche d'âge, regroupant les animateurs des associations de jeunes, les élèves de l'école secondaire, les animateurs des structures politico-administratives locales et les jeunes maraîchers.

Les discussions ont été conduites dans le strict respect de la méthode du " focus-group ", c'est-à-dire une méthode orale et groupale qui recherche l'émergence de toutes les opinions. Il s'agit d'une méthode qualitative de recherche sociale qui permet de recueillir les perceptions des groupes cibles, les attitudes, les croyances et les zones de résistance.

L'objectif poursuivi dans cet article n'est pas nécessairement de présenter les résultats de l'enquête, mais plutôt de souligner quelques considérations méthodologiques que nous avons relevées et qui sont à la base des différences observées dans les résultats fournis par les deux méthodes.

Résultats

Sur les trois aspects de l'étude, c'est-à-dire les connaissances, les attitudes et les pratiques, les résultats étaient concordants pour les deux premiers et parfois discordants pour le dernier. Deux exemples peuvent illustrer cette situation.

D'abord concernant le nombre moyen de partenaires sexuels, les résultats du questionnaire ont donné un chiffre de 1,2 tandis que par le " focus-group ", on a noté une moyenne de 2 à 3 partenaires sexuels.

Ensuite, pour le type de partenaires, le questionnaire indique que 15,8% des enquêtés ont eu des partenaires occasionnels, alors que le " focus-group " nous rapporte qu'étant donné les multiples occasions qui s'offrent aux jeunes, il leur est difficile d'être fidèle à un seul partenaire. Ce qui les pousse à avoir plusieurs partenaires occasionnels et au moins deux partenaires réguliers.

A côté de ces résultats, nous avons fait quelques constats. A propos de l'enquête par questionnaire, on peut noter que:

1. le niveau d'instruction de la population exige que le questionnaire soit administré par un enquêteur et non rempli par l'enquêté;
2. la séance d'interview est difficilement réalisable en aparté et en tout cas de façon discrète. En effet, les autres membres de la famille et même les voisins sont généralement au courant, ce qui attise leur curiosité;
3. l'anonymat dont on assure l'interviewé ne le rassure pas, car il a devant lui une personne qui lui pose des questions indiscrètes sur sa vie intime et qui note ses réponses.

En plus, l'enquêté est conscient du fait que l'enquêteur se rend parfaitement compte de ses hésitations, de ses embarras et même de sa gêne à pouvoir y répondre, ce qui le met de toute façon mal à l'aise; particulièrement pour les personnes très susceptibles et pudiques comme le sont souvent les femmes africaines.

Par contre, concernant la méthode du " focus-group ", trois points peuvent aussi être soulignés:

1. une fois que la discussion est lancée, le groupe se détend et se met en confiance, et les langues se délient plus facilement. Les échanges dans les groupes sont favorisés par un recrutement des participants fait sur une base homogène;
2. l'anonymat est garanti par l'utilisation d'un style impersonnel. En effet, sur les questions les plus délicates, les participants ont tendance à rapporter ce qu'ils savent, soit disant, de tierces personnes, mais souvent leurs propos constituent une projection de leur propre réalité. C'est ce que nous avons vérifié chez certains participants en les réinterrogeant en toute confiance et en particulier après les séances de groupe;
3. d'autres études ont également suggéré les mêmes conclusions, notamment une étude CAP sur le sida, réalisée sur dix sites au Zaïre en 1989.

Discussion

Les éléments relevés par l'enquête par questionnaire prouvent que les réponses données par l'enquêté sur les questions délicates liées à sa vie intime, et notamment ses pratiques sexuelles, ne traduisent pas totalement son vrai comportement. Ceci nous pousse à penser que l'enquête ne permet pas une expression libre et totale de la personne interrogée.

Quant à la méthode du " focus-group ", nous pensons que les points présentés ci-dessus, avec d'autres encore sans doute, peuvent expliquer la différence de résultats par rapport à l'enquête par questionnaire.

C'est ainsi qu'à la suite de ces constats, nous plaidons pour une plus grande utilisation des méthodes qualitatives, notamment du " focus-group ", dans les évaluations que peuvent faire les professionnels de terrain portant sur le changement de comportement.

Cette méthode peut être avantageuse quand on sait que:

- les gens de terrain préfèrent des évaluations faciles et rapides qui leur permettent de continuer l'action sans trop attendre les résultats des analyses très complexes, dont ils ne maîtrisent pas toujours les techniques. En plus, ce n'est pas la précision statistique qui est

(1) Pour plus d'informations sur la méthode du " focus-group " ou " groupe focalisé ", voir l'article de ANDRIEN M., MONOYER M., PHILIPPET C., et al., Le groupe focalisé, paru dans Education Santé n°77, 04/93, pp.3-9.

l'ESJ, un "petit questionnaire" de 8 pages a été remis à quelque 4.000 élèves jurassiens après l'exposition.

Afin de le rendre attractif pour les enfants, ce document était illustré avec le même graphisme que celui de l'ESJ. Il visait plusieurs objectifs:

- déterminer les définitions de la santé dans le public cible;
- mesurer le degré d'implication des enfants dans l'exposition;
- cerner comment les enfants se positionnent vis-à-vis de leur santé;
- mettre en évidence l'implication de leur environnement parental et écologique;
- recueillir leur avis sur l'exposition et son concept.

Deux questions ont permis de mesurer la perception globale de l'exposition par les enfants en leur demandant de désigner les six situations qu'ils estiment les plus importantes pour leur santé ainsi que les six mots qui sont selon eux les plus importants de l'exposition.

Pour ce qui est des situations, les enfants ont choisi dans une large majorité les activités favorables à la santé; l'illustration avec viande et charcuterie a été choisie par plusieurs d'entre eux. La perception claire du "bien manger" et du "beaucoup manger" n'est peut-être pas acquise, voire culturellement influencée par la région rurale dans laquelle nous habitons.

Quant aux six mots les plus importants de l'exposition, on trouve en tête les odeurs suivi de l'air pur, le souffle, la colonne vertébrale, les fruits, le sport, la bonne tenue.

Certains choisissent des mots qui ne correspondent pas aux buts de l'exposition et ont tendance à conserver tout au long du questionnaire une vision très directive du maintien de la santé en souhaitant qu'on leur dise ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire et que leurs parents soient les relais de ces prescriptions. 90 % des élèves sont d'accord pour affirmer que "l'exposition m'est utile pour savoir me comporter dans la vie de tous les jours". Certains aspects de l'exposition ont été diversement appréciés notamment en fonction de l'âge des enfants. Certains textes ou consignes ont posé des problèmes notamment dans le module " respirer ". Cependant, l'ensemble des réponses permet de poser les deux premiers constats.

Constat 1
Tous les aspects de la santé que l'exposition présente sont assez bien appréciés et reconnus globalement de façon satisfaisante.

Constat 2
A première vue, l'exposition semble avoir atteint ses buts les plus globaux.

La manière dont les élèves se positionnent en tant qu'acteur de leur santé et leur propre définition de la santé sont extrêmement diverses. Les enfants pensent fréquemment que la santé est uniquement une "chance" mais ils sont également d'avis qu'ils peuvent faire quelque chose pour rester en bonne santé et ils sont d'accord avec l'affirmation suivante: "Je peux réellement faire quelque chose pour rester en bonne santé".

Cette contradiction met peut-être en évidence une représentation encore peu structurée de la santé. A cet égard, le but des concepteurs d'insuffler le principe que "la santé est un capital à gérer avec attention et parcimonie" n'est peut-être pas complètement atteint, mais il serait difficile de demander à des enfants de cet âge d'avoir déjà une vision structurée de la santé, alors que bien des adultes n'y sont pas encore parvenus; cela nous permet d'énoncer le constat suivant.

Constat 3
Selon le cadre de référence qu'ils adoptent, les élèves se positionnent très variablement en tant qu'acteurs de leur santé.

Un autre objectif était d'évaluer dans quelle mesure les messages de l'exposition étaient adaptés et adaptables au mode de vie des enfants de notre région. Les résultats sont plutôt favorables. Un petit tiers estime qu'il sera difficile de convaincre les parents alors que 80 % pensent que cette démarche sera inutile et que de toute façon les parents accepteront que les enfants fassent quelque chose de bon pour leur santé. Certains pensent déjà qu'ils doivent assumer seuls leurs choix car ils sont seuls responsables de ce qu'ils font.

Constat 4
En ce qui concerne les possibilités d'application des acquis, les enfants se sentent pour la plupart dans un bon climat familial et dans un environnement favorable.

Nous avons ensuite cherché à mesurer le degré d'implication des enfants en tant que "consommateurs" de l'exposition et à cet égard, les réponses démontrent un taux d'intérêt assez élevé pour ce type de prévention et une quasi unanimité à reconnaître que l'exposition leur a appris des choses qu'ils ne connaissaient pas.

Constat 5
Les réactions des enfants montrent qu'ils se sont fortement impliqués en tant que consommateurs de l'exposition.

Il était ensuite utile de recueillir l'avis des enfants sur la construction de l'exposition elle-même, sur les consignes et les éventuelles difficultés à parcourir les différents postes. Une petite moitié des enfants a eu le sentiment d'avoir parfaitement compris toutes les consignes de l'exposition, ce qui semblait nettement insuffisant. Les difficultés sont variables selon les postes et sont probablement liées à l'âge des enfants dont nous avons peut-être parfois sous-évalué la capacité à lire et comprendre certaines consignes, voire leur habileté à manipuler certaines expériences. C'est dans la lecture des consignes et des textes que le plus grand nombre de difficultés ont été relevées.

Quant à l'aspect interactif, l'originalité du concept, les avis sont plutôt favorables, " elle est différente des autres que j'ai vue ", " j'ai aimé pouvoir faire quelque chose et pas seulement regarder ". L'hypothèse des concepteurs quant à l'intérêt du mode interactif est donc confirmé. Cela devrait permettre à l'élève de s'approprier ensuite un pouvoir plus vaste, car il est démontré que l'action des enfants sur les objets d'une exposition et l'échange entre pairs permettent de prendre "peu à peu la place des représentations spontanées" (Giordan 1993, page 23).

Constat 6
Il semble que les enfants aient beaucoup apprécié l'exposition, surtout sa forme interactive, et qu'ils ont eu du plaisir à effectuer les travaux proposés.

3. Questionnaire aux visiteurs

Lors du passage de l'exposition dans les écoles du canton, la possibilité a été offerte à toute personne intéressée de venir visiter l'ESJ; la moitié des adultes répondant au questionnaire sont venus visiter l'exposition sur le conseil de leurs enfants, les autres y

Expo-Santé-Jeunesse

Evaluation d'une exposition interactive

L'évaluation est à la fois une nécessité impérieuse et un défi permanent en santé publique; outre la carence, fréquemment relevée, d'indicateurs sanitaires dans notre (nos?) pays, il est difficile de mettre sur pied des concepts d'évaluation de l'action préventive/de promotion de la santé, car seule la durée permettrait d'en mesurer l'impact réel: or "nous n'avons pas le temps", et nous ne pouvons nous contenter de mesurer des "acquisitions de connaissances" pour justifier nos actions. Une approche des "perceptions" de la santé et de leur éventuelle modification, pourrait combler en partie cette lacune.

Expo-Santé-Jeunesse: concept et processus

Sur une idée proposée par le président d'une ligue de santé (association privée), une "cristallisation" s'est faite, qui a permis de réunir, autour d'un projet commun, des responsables/personnes ressources de milieux privés et publics en provenance d'horizons divers du monde de la santé et de l'éducation.

Le résultat de cette cogestion est une exposition (Expo-Santé-Jeunesse) (ESJ) présentant, sur un ton qui se veut gai, attrayant et sur un mode ludique et interactif, des thèmes tels que "Bouger, manger, respirer, dormir". Chaque thème fait l'objet d'un module indépendant, mais l'ensemble représente un tout cohérent, habillé d'un graphisme plaisant, adapté aux enfants de 9 à 13 ans auxquels on s'adresse.

Le concept fait appel à la participation des enfants qui doivent y réaliser des expériences ou, pour le moins, être actifs tout au long de leur parcours.

Evaluation

L'évaluation a été confiée à une équipe indépendante dont aucun membre n'avait participé à la création du concept.

Méthode

Le processus d'évaluation a commencé par une enquête préliminaire suivie d'une série d'entretiens avec les concepteurs de l'ESJ. Ensuite, un "petit questionnaire" a été soumis à la quasi totalité des participants, visant un but plutôt "quantitatif". Un "grand questionnaire" a été élaboré et proposé à un échantillon de visiteurs. Le tout a été complété par des entretiens de classes et par l'observation (parfois sur vidéo) des enfants durant leur passage. Les enseignants et les autres visiteurs (adultes) ont également été interrogés.

Résultats

1. Entretiens avec les concepteurs

Ces entretiens ont permis à l'équipe chargée de l'évaluation de l'ESJ de se familiariser avec les auteurs du concept et, surtout, avec leurs démarches personnelles et de groupe. Cela a amené chacun à exprimer ses perceptions de la santé, de la prévention, à présenter ses intentions et ses espoirs quant au matériel créé et à son impact possible.

Ces entretiens ont mis en évidence des points communs (nécessité d'une promotion de la santé auprès des jeunes, esprit positif d'une telle démarche, a priori favorable pour le mode ludique interactif) et des divergences (définition de la santé, rôle de ses déterminants, etc.).

On relèvera, parmi les points de vue partagés par tous, quatre accords importants.

Accord 1: la santé est un capital à gérer avec attention et parcimonie.

Cet avis commun est décliné sur plusieurs modes, les définitions de la santé étant très variables selon les personnes.

"Un équilibre en permanence rebalancé", "Une interaction permanente d'une multitude de facteurs", "Se sentir bien pour être actif", "Un accord entre corps et esprit", ou encore "Vivre dans un bien-être physique et psychique".

Accord 2: la "prévention positive" est, de loin, la plus favorable à une prise de conscience et à un investissement du public cible.

L'expression "prévention positive" désigne, dans notre acception, une démarche qui privilégie une approche/image/présentation "positive" de la santé/du bien-être, par opposition à une prévention "dissuasive" basée sur l'interdit/la peur de la maladie, de l'accident,.../la morale répressive; cette prévention doit s'appuyer sur une démarche éducative dynamique.

Accord 3: l'exposition se donne pour but d'éduquer les enfants à la santé en "visant à promouvoir dans une population donnée des attitudes et comportements favorables à la santé". Elle doit permettre d'acquérir des "stratégies d'évitement de la maladie".

Les objectifs généraux de l'ESJ visent à aider l'enfant à prendre conscience de son corps et de son fonctionnement et à mieux connaître les déterminants et mécanismes des quatre fonctions vitales qui sont "bouger, manger, respirer et dormir".

"Fournir un certain nombre d'armes pour acquérir spontanément des comportements sains".

"Sensibiliser les enfants aux moyens qu'ils ont pour agir sur leur santé".

"Montrer comment fonctionnent les poumons et la colonne vertébrale".

"Modifier des comportements".

"A partir des savoirs acquis, on espère modifier ou améliorer les comportements des enfants".

Accord 4: l'interactivité voulue entre les visiteurs et le matériel de l'exposition favorise les apprentissages et les modifications de comportements.

Tous les concepteurs sont ici unanimes ; ils souhaitent voir des visiteurs actifs et en interaction non seulement avec le matériel, mais aussi entre eux. Ils accordent tous de l'importance aux échanges interindividuels dans les situations d'apprentissage proposées par l'exposition.

2. Le "petit questionnaire"

Afin de mieux cerner les niveaux de connaissances, les pratiques et les éléments acquis lors du passage à la plus souvent recherchée, mais plutôt la tendance générale qui permet de prendre la meilleure décision utile pour la suite de leurs activités;

- les méthodes d'évaluation quantitatives requièrent souvent beaucoup de moyens qui ne sont pas toujours disponibles. Sur le terrain, si on dispose déjà de peu de moyens pour les interventions, on en dispose beaucoup moins encore ou pas du tout pour évaluer;

- cependant, pour une bonne utilisation de la méthode du " focus-group ", la formation préalable des animateurs à la dynamique de groupe est indispensable.

Dans les enquêtes par questionnaire, l'anonymat garanti seulement à partir de l'omission du nom sur le questionnaire n'est pas culturellement admis dans la population zaïroise. Par contre, la méthode du " focus-group ", beaucoup plus apparentée à la palabre africaine se prête mieux aux questions intimes, en plus du fait que les informations qu'elle rapporte sont plus riches et plus élaborées.

Dosithée Ngo Bebe, Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa, B.P. 11850 Kinshasa I, Zaïre.

Bibliographie

1. Ecole de Santé Publique-UNIKIN et Projet PSI/PEM-SIDA, Connaissances, attitudes et pratiques relatives au sida auprès des personnes âgées de 12 à 30 ans, 1991 (Rapport de recherche).

2. UNICEF, OMS, USAID, Connaissances, attitudes et pratiques en relation avec le sida, 1991 (Rapport d'une enquête nationale).

3. BERTRAND J.T., BAKUTUVWIDI MAKANI, BALOWA DJUNGHU et KINAVWIDI LEWU NIWEMBO, Connaissances du sida et comportement sexuel dans 10 sites au Zaïre, 1989 (Rapport d'enquêtes).

4. SIMARD G., La méthode du " focus-group ", Laval, Mondia Editeurs, 1989. ■

La compliance de malades chroniques, approche éducative

Bref résumé d'une thèse de doctorat en santé publique

Depuis 1950, les grandes percées de la technologie biomédicale ont eu pour effet l'allongement de la durée de vie et corollairement l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques dont la prise en charge constitue actuellement la principale cause d'hospitalisation et d'intervention médicale. Dans ce contexte, à l'équation "Diagnostic correct + prescription adéquate" s'ajoute un nouvel élément indispensable à la qualité des soins: le respect du traitement (ou compliance).

Après avoir mis en évidence l'existence d'un consensus sur le fait que les patients ne suivent que très imparfaitement les prescriptions reçues (20 à 60% de compliance selon les situations), cette thèse s'est attachée à l'étude et la compréhension du phénomène de non-compliance sous l'angle de l'éducation du patient pour la santé. La perspective de recherche choisie s'écarte des approches biomédicales, pharmacologique et épidémiologique pour se centrer sur la relation thérapeutique, d'un point de vue constructiviste, subjectiviste et objectiviste, où les influences respectives des facteurs liés aux soignants, aux patients, au contexte des soins et au traitement lui-même ont été analysées.

A partir d'une revue détaillée et critique de 19 modèles théoriques explicatifs (biomédicaux et psychosociaux) de la compliance, un cadre explicatif global et intégratif, inscrit dans l'approche biopsychosociale de promotion de la santé, a été développé et proposé pour l'explication de la compliance et plus largement du processus d'adaptation du patient à la maladie chronique. Les 50 facteurs principaux, médicaux et psychosociaux, inclus dans ce "modèle" ont ensuite été définis et opérationnalisés. Leur mesure a été validée par pré-test, entretiens et adaptation des mesures développées précédemment par d'autres chercheurs.

Une recherche exploratoire et partiellement confirmatoire a ensuite été réalisée avec 400 patients chroniques de 10 hôpitaux de la Communauté française et du nord de la France. Cette recherche a successivement examiné l'existence et les interrelations entre facteurs explicatifs liés au patient, et mis en évidence l'influence des représentations de la santé, de la maladie et de la relation de soins, du rôle des soignants, des perceptions des patients relatives à l'acceptabilité, l'efficacité et la faisabilité des traitements qui leur sont prescrits (pour les traitements dont l'efficacité potentielle et l'innocuité sont garanties). L'analyse descriptive de cette population a également permis de dresser un "état des lieux" de la maladie chronique et un profil psychosocial et sanitaire des patients chroniques (diabète, maladie coronarienne, bronchopneumopathies).

Par un suivi des patients après leur sortie d'hôpital, et l'analyse des contextes (organisationnels et éducatifs) dans lesquels ils ont été soignés, l'influence du type d'aide et d'éducation du patient mis en place sur la qualité et les résultats de l'éducation a été démontrée. Plusieurs pistes d'approfondissement de recherche et de solutions aux situations de non-compliance actuelles ont été proposées, principalement en termes de formation des personnels de soins et de pratiques d'éducation du patient.

Alain Deccache

Université Catholique de Louvain, Faculté de médecine, Ecole de Santé Publique - Santé communautaire, Unité d'éducation pour la santé, RESO. ■

PRESAJE : Prévention par RESeau Auprès de JEunes désinsérés

La mobilisation du "réseau secondaire" dans la prévention du sida

Présentation du programme

Le public concerné est composé de jeunes entre 16 et 25 ans. Ils vivent dans leur quartier à Villefontaine, l'Isle d'Abeau, Ville Nouvelle du Nord Isère à 35 km de Lyon, datant des années 70, regroupant une population de 26.000 habitants (40 % ont moins de 25 ans et 10 % sont d'origine étrangère) sur cinq communes.

Pour des raisons multiples, ils sont à l'écart des structures organisées et jusqu'à présent peu accessibles aux messages de prévention du sida.

Les **objectifs** sont de permettre à des jeunes de 16 à 25 ans, peu insérés dans la société, de pouvoir prendre leur responsabilité face au sida et ainsi d'amorcer une démarche concernant leur santé, ceci à travers une méthodologie d'analyse de réseaux.

Objectifs opérationnels

Première étape

- repérer les jeunes, leur fonctionnement, leur lieu de fréquentation, les circuits d'information utilisés, leurs références culturelles (vocabulaire, modèles culturels, mode de vie);
- repérer les personnes référentes qui peuvent être promoteurs de la prévention parce qu'elles sont acceptées par le public concerné;
- sensibiliser chaque acteur éducatif, identifié comme personne référente, quel que soit son statut (professionnel ou non), aux enjeux du phénomène du sida, en terme de santé comme en terme de problématique éthique, morale et sociale.

Deuxième étape

- impliquer ces acteurs éducatifs dans des actions de prévention intégrées à leur fonctionnement quotidien, pour qu'ils deviennent "médiateurs souhaités" à la fin du programme;
- créer à partir de ces actions un réseau local cohérent, dynamique, compétent,...
- sensibiliser le public au sida et à la prévention en banalisant le thème.

Méthodologie

- observer les réseaux de jeunes sur les sites et identifier les chaînes de communication existantes;
- analyser la qualité de la communication, les modes et les supports de communication;
- repérer les individus charnières pouvant jouer un rôle dans la démarche de prévention;
- créer une dynamique pour que cette chaîne de communication génère une chaîne de prévention.

Partenaires

- des institutions: mairies, conseil général, etc.;
- l'Association de Promotion de la Santé du Nord Isère (APSNI);
- des acteurs éducatifs: éducateurs, animateurs, enseignants, etc.;
- des professionnels de santé: médecins, centre de planification, etc.;
- des individus "marquants" sur un quartier: jeunes et adultes.

Quelques définitions

Quelques définitions sont utiles pour mieux comprendre le programme ainsi que les résultats de l'évaluation.

- **Réseau social:** une entreprise, une association ou un village peuvent être représentés comme un ensemble de liens unissant entre eux les membres du groupe. Certains individus entretiennent de nombreux liens, d'autres sont isolés... L'analyse de réseau prend pour prémices la structure des relations dans lesquels ces individus sont insérés et met l'accent sur les modalités d'accès aux ressources et aux informations.

- **Réseau primaire/réseau secondaire:** nous appellerons réseau primaire le réseau des jeunes concernés par le programme. Il réfère donc aux divers liens existant entre les jeunes eux-mêmes. Le réseau secondaire est le réseau en contact direct ou indirect avec ces mêmes jeunes. Il est constitué par les intervenants institutionnels, associatifs et autres occasionnels plus informels.

Revenons sur ces notions de réseaux, car c'est ce qui va nous permettre de mieux comprendre l'évaluation. Le réseau primaire des jeunes concernés eux-mêmes est peu "touché" en apparence puisque nous ne souhaitions pas le perturber mais l'enrichir "naturellement". L'intérêt réside donc dans le réseau secondaire qui se trouve, par définition, à proximité de ce réseau primaire et qui en assure de fait le lien. Ce réseau secondaire est au départ incomplet, inexistant ou artificiel et en interaction avec d'autres réseaux plus traditionnels: celui des travailleurs sociaux et celui des professionnels de santé: deux réseaux qui ne se rencontrent que rarement en tant que tel. Toutes ces imbrications participent à une approche menée depuis plus de dix ans sur le site par l'APSNI en matière de prévention, de promotion de la santé et d'élaboration d'un réseau de santé publique mettant en jeu tous les acteurs (institutionnels, professionnels de santé surtout libéraux, travailleurs sociaux, usagers).

Evaluation du programme

L'évaluation devait être qualitative, compte tenu de la difficulté à connaître le nombre de jeunes "touchés" par une telle démarche et de la nécessité, pour nous et les différents acteurs du réseau secondaire, de comprendre et d'observer les effets induits par la recherche-action.

Un sociologue a réalisé régulièrement des entretiens avec un panel d'adultes choisis parmi les "observateurs" et hors du dispositif. L'analyse faite au fur et à mesure du déroulement du programme était redonnée à tous les acteurs (comité de pilotage, réunions de concertation sur le site) aux moments-clé de la première et de la deuxième étape, notamment tout ce qui permettait le "repérage" des modes de fonctionnement des jeunes et la place des observateurs qui, de fait, devenaient acteurs.

Les outils d'évaluation utilisés sont triples:

- l'analyse des réunions qui ont eu lieu tout au long du programme (réunions entre membres de l'équipe de coordination, entre l'équipe de coordination et les acteurs locaux);
- des entretiens individuels avec l'ensemble des intervenants impliqués dans le programme;
- l'analyse des réseaux sociaux à partir des résultats de la phase d'observation.

Voici quelques éléments d'analyse:

1) L'analyse menée à partir de la phase d'observation a permis de renvoyer aux intervenants adultes impliqués une première évaluation sur les réseaux et le mode de socialisation des jeunes concernés. Tout au long du programme les entretiens ont conti-

Des formations au CERES

Le Centre d'Enseignement et de Recherche en éducation pour la Santé de l'Université de Liège propose des formations pour deux publics bien précis: les personnes demandeuses d'emploi sans expérience professionnelle préalable, et les personnes sans emploi depuis environ un an. Ces formations sont gratuites.

Elles concernent la communication pour la santé (CAPS), pour la nutrition (Nutricom) et relative à l'environnement (Ecocom).

Le cycle CAPS forme des " conseillers en communication spécialisés en promotion de la santé ".

Il propose les matières suivantes:

- analyse de problèmes de santé ;
- analyse de situations de communication;
- élaboration de stratégies de communication pour la santé;
- analyse et utilisation de supports de communication;
- pratiques de communication: communication interpersonnelle, communication de masse, animation de groupes;
- promotion de " l'école en santé ";
- informatique utilitaire.

Beaucoup d'exposés, de travaux pratiques et de stages rendent la formation pratique et active.

Le cycle Nutricom forme des " conseillers en communication spécialisés en nutrition "; le cycle Ecocom formant lui des " conseillers en communication spécialisés en gestion de l'environnement ". Les intitulés des cours sont calqués sur ceux de la formation CAPS, mais adaptés à chaque spécialisation.

Une séance d'information aura lieu le lundi 22 août 1994 à 14 heures. Les formations débutent le lundi 29 août.

Renseignements: CERES, Université de Liège, Val Benoît, rue A. Stévart 2, 4000 Liège, tél. 041/52.58.59, fax 041/54.18.99. ■

Quand santé rime avec créativité

Promotion de la santé à Cureghem (Anderlecht)

Lancer le dé. Avancer le pion. Observer la photo. Reconnaître l'endroit du quartier ou la situation représentée. Donner son avis. S'entraider... Vous voilà embarqué dans "Le chemin de la santé".

Mise sur pied en 1989 par un groupe d'élèves éducateurs sanitaires de l'Institut de la Providence et leur professeur, promue par le Développement Social de Quartier (D.S.Q.) de Cureghem, cette initiative mobilise chaque année un nombre important de jeunes de ce quartier "défavorisé" d'Anderlecht.

Pour les jeunes animateurs, les objectifs du jeu sont clairs:

"Il s'agit d'aider les enfants et les jeunes de notre âge à ouvrir les yeux sur les problèmes qui les entourent. L'idée d'un jeu-concours, c'est pour rendre notre campagne plus attrayante et plus ludique. Nous invitons les classes et les groupes d'enfants à parcourir avec nous ces "chemins de la santé". Nous avons choisi des thèmes qui correspondent à des problématiques du quartier: sommeil, alimentation, drogue, sida, élimination des déchets, tuberculose, etc. Pour chaque thème, nous avons réalisé une fiche illustrée qui est lue et commentée en groupe et que chaque enfant emporte chez lui. Le parcours santé est un jeu de l'oie géant où chaque case représente une photo d'une situation vécue dans le quartier. Le but est d'amener les enfants à mieux comprendre les problèmes et à proposer (et réaliser) des actions concrètes pour améliorer la santé et l'environnement."

Cette année, une vingtaine de groupes d'enfants et de jeunes de 10 à 20 ans ont participé à l'animation et ont réalisé des actions aussi diverses que l'installation de panneaux de basket dans une cour de récréation, un coup de peinture dans le hall d'entrée d'une maison de quartier, la réalisation d'affiches de prévention sur le thème de la santé, etc.

Autre projet impulsé par la Commission santé du DSQ ces dernières années, les "Jeux de Printemps". L'idée est de favoriser la pratique régulière du sport en faisant prendre conscience aux enfants de leurs aptitudes particulières.

"Les écoles du quartier sont la plupart du temps dépourvues d'équipements sportifs adéquats et de personnel d'encadrement qualifié. Lutter pour l'égalité des chances et donner aux enfants la possibilité de pratiquer un sport sont nos objectifs à long terme."

Cette année, plus de 600 jeunes ont pu mesurer leurs talents de basketteurs, footballeurs, gymnastes, sprinters, etc.

Malgré l'une ou l'autre difficulté (mise en route tardive des animations, intégration difficile d'un tel projet dans un cursus scolaire, manque de moyens logistiques,...), on retiendra de la "cuvée 94" le dynamisme des jeunes éducateurs sanitaires, l'intérêt suscité chez les participants aux jeux et leur mobilisation dans les actions réalisées.

Commission Santé du Développement Social de Quartier de Cureghem, avenue Clémenceau 10, 1070 Bruxelles, tél. 02/525.00.28, fax 02/525.00.57. ■

Les cours

Problématique de l'éducation pour la santé (ce cours doit à la fois ouvrir le champ interdisciplinaire de l'éducation pour la santé et en souligner les points d'intégration)

AXE SANTE

(aborde les aspects de promotion de la santé selon l'âge de la population, l'activité ou les situations de personnes et les groupes sociaux)

Santé maternelle et infantile; santé de l'écolier et de l'école.

Santé du travail et de l'environnement.

Santé de l'alimentation, de l'activité physique et du vieillissement.

Santé de la vie affective et sexuelle (y compris les assuétudes).

Santé/maladie; utilisation des services de santé (médicaments, médecines parallèles).

Biostatistique, épidémiologie, démographie.

AXE SOCIO-PSYCHO-PEDAGOGIE

Pédagogie expérimentale et histoire de l'éducation.

Méthodologie générale.

Psychologie du développement.

Sociologie des institutions.

Moyens de communication.

Méthodologie spéciale (y compris documentation).

AXE ADMINISTRATION

Droit et éthique de la santé.

Planification des systèmes et des personnels de santé. Législation sanitaire et sécurité sociale.

Gestion de projet.

OPTIONS

AXE INTEGRATION

* Deux modules de méthodologie
  - Méthodologie de la recherche et sciences de la santé.
  - Evaluation des programmes.
* Deux modules de visites et stages
* Deux modules de séminaires/exercices
  - Séminaire de méthodologie de la recherche en éducation pour la santé.
  - Séminaire de planification des interventions en éducation pour la santé.

Les autres formations

* Le certificat de formation en éducation pour la santé (destiné aux personnes ne désirant pas s'inscrire au programme complet de la licence).
* Le doctorat en santé publique (accessible aux personnes ayant un diplôme de licence en sciences médico-sociales option éducation pour la santé ou d'un diplôme jugé équivalent).
* L'agrégation de l'enseignement secondaire supérieur en éducation pour la santé (le diplôme ne peut être obtenu que par des licenciés en éducation pour la santé).

Le soutien pédagogique

Un conseiller à la formation aide l'étudiant dans le choix de son programme et dans la solution des problèmes d'organisation. Il l'accompagne également dans la gestion des problèmes rencontrés au cours des études, qu'ils soient pédagogiques ou autres.

L'équipe de documentalistes du Centre de documentation RESODOC encadre l'étudiant pour la préparation de dossiers documentaires, la recherche bibliographique, la recherche d'informations,...

Les candidatures à l'admission peuvent être adressées à Madame Thielen, Conseillère à la formation, pour le 20 août au plus tard.

Pour tout renseignement: Madame Joris, tél. 02/764.72.50. Unité d'éducation pour la santé U.C.L., Faculté de médecine, Tour Ehrlich niveau 0, avenue Mounier 72, 1200 Bruxelles.

Centre de documentation RESODOC, Faculté de Médecine, Centre faculté niveau -1, avenue Mounier 50, 1200 Bruxelles, tél. 02/764.56.44 ou 764.56.47.

En raison des congés annuels,
le secrétariat du RESO
ainsi que
le centre de documentation
RESODOC
seront fermés
jusqu'au 15 août inclus.

nué avec ces intervenants et il est possible de pointer un certain nombre d'effets:

- un des effets les plus importants du programme a consisté à repositionner certains observateurs par rapport au problème de prévention du sida. Tout d'abord, il a été observé des changements d'attitudes vis-à-vis du programme lui-même durant son déroulement. Certains participants très réticents au départ se sont par la suite investis, allant même jusqu'à développer et prendre en charge des projets d'intervention ponctuels auprès des jeunes;

- l'autre effet important pour les intervenants a été la "clarification" personnelle par rapport au sida. C'est sans doute une condition nécessaire pour être capable d'intervenir efficacement auprès des jeunes;

- un troisième effet important de repositionnement par rapport à la démarche préventive elle-même et le mode d'intervention à adopter. Certains intervenants limitaient leur champ d'action à leur lieu de travail et l'idée de prévention intégrée pouvait alors être remise en cause. Les entretiens réalisés avec les observateurs leur ont donné les moyens de trouver la meilleure manière d'être présents auprès des jeunes sans pour autant s'imposer.

2) L'autonomisation du dispositif et donc la mobilisation du réseau secondaire était un des enjeux du programme..

- Les éléments facilitateurs se retrouvent dans la capacité à travailler en équipe et à développer des liens entre des lieux ou des personnes ressources qui avaient peu ou pas l'habitude de pratiques communes.

- Le travail ne semble pouvoir se réaliser qu'à condition que les acteurs évoluent ensemble et à un rythme commun qui ne remette pas en cause la dynamique collective. En ce qui concerne les nouveaux venus, plusieurs d'entre eux ont participé à la formation organisée en fin de programme et se sont intégrés au dispositif existant.

- La prévention intégrée du sida ne peut être développée à long terme que par les acteurs de terrain locaux et à l'encontre des strictes spécialisations socio-professionnelles qui tendent à limiter les initiatives à un groupe restreint d'intervenants.

3) Limites et facteurs facilitateurs repérés:

- La méthode d'observation utilisée a nécessité un investissement en temps important et il aurait été souhaitable de capitaliser avec une méthode moins lourde, dans un premier temps, la connaissance du terrain accumulée au cours de leur expérience sur le site par certains "observateurs". C'est d'ailleurs ce qui s'est réalisé par la suite dans une ville proche sur un même type de programme axé sur la prévention primaire de la toxicomanie (à partir de quatre personnes sur un quartier de 7.000 habitants, 60 ont été rencontrés en 3 mois).

- La situation d'observation:
  . permet en elle-même une "écoute passive" et évite toute projection immédiate dans l'interventionnisme et la prise en charge. De plus, la relation qui se noue lors de l'échange d'informations entre les animateurs du programme et les "observateurs" interviewés, facilite une première réponse aux besoins de connaissance et rassure quant à la relative nécessité de "tout" savoir sur le sida, la toxicomanie...
  . permet aussi de travailler différemment avec, entre autres, les professionnels sociaux: ils ont besoin de dépasser leur rôle interventionniste où souvent sont confondues urgence et précipitation et, dans une période de doute sur leur "efficacité", leur engagement devient réel quand il rejoint leurs propres enjeux et part de leurs pratiques et de leurs savoirs.

- La restitution de l'observation, non interprétative, à tous les acteurs concernés amène deux réactions:
  . une première du type "bon sang mais c'est bien sûr ...": tout le monde savait mais personne ne se l'était dit en commun et cela va grandement faciliter les nécessaires consensus pour les étapes suivantes;
  . les propositions d'actions, même plusieurs mois après, sont le fait des acteurs de terrain eux-mêmes.

- La volonté politique de s'associer à un tel programme doit être clairement exprimée dès le départ par les représentants des institutions concernées (collectivités locales, associations,...): elle permet de mobiliser sans ambiguïté les professionnels concernés.

Pierre Mauries, Service prévention de la Mutualité de l'Isère

Recherche-Action réalisée de juillet 1990 à mars 1992 par le service prévention de la Mutualité de l'Isère (Claudette Chesne et Pierre Mauries), Denis Requillart (Centres de Santé de Grenoble) et Jean-Paul Thibaud (sociologue) avec un cofinancement AFLS, UDMI, ODPS (Office Départemental de Prévention du Sida), Collectivités Locales.

Pour tout renseignement complémentaire: UDMI, 5 rue Vauban, 38026 Grenoble Cedex 1, France. ■

Evaluation du programme régional "Naître et grandir"

Une démarche participative

"Naître et grandir"est un programme lancé entre 1990 et 1992, par la Mutualité Rhône-Alpes et la Mutualité Française, pour améliorer les conditions de la naissance, de l'accueil et du développement du petit enfant.

La Mutualité Française est la principale fédération de mutuelles. Elle rassemble 25 millions de personnes par le biais de 6.000 mutuelles.

Dans la région Rhône-Alpes, au travers de ses Unions Départementales et de ses 700 Mutuelles, elle protège plus de 2 millions de personnes.

Près de trente actions ont été menées dans six départements à partir de préoccupations locales. Voici quelques thèmes13ordés:
- l'allaitement maternel;
- les accidents chez le petit enfant;
- le suivi à domicile des grossesses à risque;
- naître en pays de montagne;
- le massage du nourrisson;
- l'éveil culturel du tout petit.

Accompagnés par six animateurs prévention et une coordinatrice régionale, les projets ont tous été réalisés en partenariat et le plus souvent initiés avec ou par les parents.

Cette démarche participative est la priorité de cette recherche-action avant le thème qui est davantage un support.

Ce choix initial résulte de l'enseignement des expériences précédentes: celles-ci montrent que les actions sont plus pertinentes lorsque les premiers concernés sont fortement impliqués, mais aussi que cette participation n'est pas facile à obtenir.

Le sujet de la naissance et de l'accueil du petit enfant est intéressant parce qu'il correspond à des attentes et des désirs. Cependant la participation des personnes concernées est encore plus importante, non seulement parce qu'elle rend l'action plus efficace mais surtout parce que les gens acquièrent des capacités à s'organiser pour faire face à un problème de santé ou pour réaliser leurs aspirations.

Parallèlement à l'évaluation des résultats au regard des objectifs opérationnels de chaque action départementale, une **évaluation externe** et une **auto-évaluation** ont été conçues au niveau régional.

L'évaluation externe

Elle porte essentiellement sur la construction du partenariat. Elle a été effectuée par l'Institut Français de Démoscopie, à partir de deux séries d'interview des partenaires, en juin 91 et juin 92.

L'auto-évaluation

Celle-ci est centrée sur la finalité du projet et porte sur les conditions et la progression de l'implication des premiers concernés. Elle a été accompagnée par un Conseil Technique, IRADIE (Institut de Recherche et d'Appui au Développement Intercontinental Endogène), construite par les animateurs prévention et parfois transférée, c'est-à-dire travaillée avec et par les partenaires.

Ces évaluations se sont structurées tout au long du programme par une analyse constante à l'aide d'outils d'observation et de projection des stratégies:

- définition de la finalité et des objectifs;
- schéma du dispositif mis en place;
- repérage des enjeux de chacun;
- représentation du degré d'implication de chaque partenaire;
- identification des être-capables, acquis et à acquérir;
- définition des tâches et étapes puis planification dans le temps...

Ces méthodes utilisées selon la nécessité ressentie, ont été datées afin d'analyser les écarts entre la réalité et les prévisions en repérant notamment les facteurs freins et les facteurs favorisants.

naître et grandir

Analyse des résultats

L'évaluation finale a permis de faire la synthèse autour des éléments suivants:

- le sujet de la naissance et de l'accueil du petit enfant est un formidable facteur de mobilisation et de création de lien social. Ceux-ci croissent avec la prise de conscience et le travail du **sens** et des **valeurs**. Par exemple, la création d'un lieu parents-enfants dans un quartier réputé difficile à Chambéry en Savoie, a permis la mobilisation de parents et de professionnels, qui, ensemble, animent ce lieu de convivialité et de prévention des troubles relationnels précoces.

- la prise en compte du **temps** et de la **durée** est nécessaire. Le rythme de l'action doit être adapté à celui des personnes et la durée est essentielle pour un enrichissement réciproque des partenaires.

Une brochure sur l'allaitement maternel réalisée par des parents a nécessité un an et demi. Trois mois auraient suffi à deux professionnels pour l'écrire. Mais le résultat aurait été totalement différent. Ce document, connu par "le bouche à oreille" a été diffusé à 35.000 exemplaires en deux ans.

- l'importance d'un **cadre** qui pose les grandes orientations, structure l'évaluation et crée un climat de confiance qui sécurise.

- agir à l'échelle d'un **territoire** (un quartier, un village...) pour qu'une dynamique locale s'établisse à partir de toutes les actions concernées de cet espace.

- enfin pour qu'il y ait une dynamique de développement local, un changement réel qui s'instaure, il est nécessaire que les trois niveaux d'intervention suivants soient présents:

. les **premiers concernés** qui connaissent les besoins, ont une expérience et sont les moteurs de l'action;

. les **professionnels** qui possèdent un savoir technique et qui peuvent accompagner les premiers concernés dans leur recherche de changement;

. les **institutions** (élus et administrations) qui détiennent un pouvoir décisionnel et qui permettent la réalisation, le développement et la pérennité des actions.

A Vaux-en-Velin, près de Lyon, le projet d'établissement de la future maternité a été rédigé grâce à un travail à chacun de ces niveaux:

- habitants d'un quartier constitués en association des amis de la maternité;
- futur personnel de l'établissement;
- mutualité en tant que gestionnaire.

L'évaluation externe montre que les professionnels qui ont participé au programme sont ceux qui sont très impliqués dans leur métier, ont des pratiques un peu en marge de leur institution et que c'est le plus souvent par eux que leur institution s'implique.

Conclusion

L'évaluation de "Naître et grandir" est-elle une démarche utile?

Quatre points essentiels peuvent être retenus à propos de l'utilité de l'évaluation de "Naître et grandir".

1. Tout d'abord, l'évaluation a abouti à la formalisation d'une méthode de démarche participative dont nous avons décrit les éléments (un cadre, le sens, les valeurs, la notion de temps et durée de territoire, la triangulation premiers concernés/ professionnels/ institutions) et pour laquelle des outils ont été créés. Cette méthode, nous pouvons la reprendre en l'affinant et l'adaptant à d'autres projets.

2. Le deuxième point est la contribution de l'évaluation à la progression de l'action par l'observation, l'analyse, les réajustements et les projections. La clarification ainsi apportée a favorisé aussi la confiance mutuelle entre partenaires.

3. Le troisième point est le renforcement de nos convictions de départ sur l'importance de la place tenue par les parents et surtout que leur implication forte est possible et peut être facilitée.

Il nous reste cependant à faire porter nos efforts sur une appropriation plus poussée de l'évaluation par chacun des partenaires.

4. Enfin, le travail sur le sens nous a permis de redécouvrir les valeurs dont l'institution " mutualité " est porteuse: solidarité, entraide, responsabilité, démocratie, valeurs que l'on retrouve dans la notion de promotion de la santé.

Véronique Sibut, Mutuelles de la Drôme, 5 rue Belle Image, 26000 Valence, France.■

Santé globale en établissement scolaire

Un groupe de 5 personnes s'est donné comme objectif, durant cette année scolaire 1993 - 1994, de sensibiliser les équipes d'établissements scolaires à la santé globale. Ce groupe se composait d'un proviseur d'un lycée professionnel, d'un médecin scolaire, d'un professeur de biologie, d'une infirmière et d'une conseillère principale d'éducation émanant du Groupe Académique de Soutien et de Prévention des Adolescents à Risques de l'Académie de Lille sous la direction du Docteur Fortin, Conseiller Médical du Recteur.

Une grille parcourant les items: espace, temps, histoire des individus, communication, a été soumise à la réflexion d'un chef d'établissement, d'un conseiller principal d'éducation, d'un intendant, d'un personnel ATOS (agent de service), de deux enseignants, de deux délégués d'élèves, et de deux délégués de parents. La collecte d'informations dans une dizaine d'établissements scolaires de zones socio-économiques différentes sert de substrat aux contenus d'un module de formation qui sera proposé au Plan académique de Formation l'année scolaire prochaine ainsi qu'en formation initiale et continue des personnels.

L'école est un lieu de vie où les adultes et les jeunes vont vivre des interactions. Il s'agit d'aider le jeune à exploiter toutes ses potentialités, aller au bout de celles-ci, utiliser l'environnement pour s'acheminer vers un mieux-être. Pour cela, il faut prendre des mesures adaptées aux caractéristiques des individus, réfléchir aux stratégies de changement.

Le questionnaire proposé permet de partir de l'expérience des personnes, de parler de ce qu'elles vivent, de faire un état des lieux: quel est mon environnement physique, humain ? Qu'est-ce que je peux améliorer ?

Les équipes d'établissements parlent art de vivre, sentiment d'appartenance des différents acteurs. L'interaction entre les individus permet de donner une dynamique supplémentaire aux autres. Favoriser de bonnes relations entre le personnel enseignant et les élèves et entre les élèves eux-mêmes dans la vie scolaire quotidiennement, est un des 12 critères auxquels doivent satisfaire les 14 établissements du Réseau Européen d'Ecoles Santé dans lesquels l'équipe de formateurs va également s'investir.

L'objectif principal sera la réussite de tous au-delà des frontières.

José Remy, Lycée Alain Savary, rue Alain Savary, 59150 Wattrelos, France. ■

Les formations en éducation pour la santé de l'UCL

Chaque année, la Faculté de Médecine de l'Université Catholique de Louvain offre à une trentaine d'étudiants la possibilité d'acquérir une formation spécifique en éducation pour la santé. Il s'agit d'une part d'une licence comportant deux années d'études, et d'autre part d'un certificat de formation complémentaire réalisable en un an ou plus.

Ces formations sont destinées principalement à des adultes engagés dans la vie active, porteurs d'un projet existant ou à créer en éducation pour la santé.

La Licence en éducation pour la santé

La licence s'adresse à des étudiants et des adultes qui se destinent à la direction de projets d'éducation pour la santé et qui désirent obtenir une compétence universitaire dans le domaine.

Axée sur une démarche de promotion de la santé publique, elle vise à former des experts capables d'analyser les problèmes de santé d'une communauté, et à partir de là, de concevoir, de planifier, de gérer et d'évaluer des interventions adéquates d'éducation pour la santé.

Outre les possibilités de développer de nouvelles activités et d'assumer d'autres responsabilités dans le milieu professionnel d'origine, cette formation ouvre des débouchés dans des structures actives en éducation pour la santé tant dans le secteur public que privé, au niveau local, régional, provincial ou communautaire.

En pratique

La licence s'adresse à des détenteurs d'un diplôme de formation dans l'enseignement supérieur, universitaire ou non-universitaire (graduat); ces derniers devront suivre une année préparatoire avant d'accéder à la licence.

Une procédure d'admission individualisée vise à établir un contrat de formation personnalisé. Un certain nombre d'années d'expérience professionnelle dans le domaine social, paramédical et/ou éducatif, ainsi que l'existence d'un projet actuel ou à créer d'éducation pour la santé sont des atouts supplémentaires pour bénéficier au mieux de la formation, et déterminent un ordre de priorité parmi les candidats.

La formation est organisée en horaire adapté: trois fois quatre heures (un soir, un après-midi, le samedi matin) par semaine. Elle donne droit à un congé-éducation payé.

Les cours sont répartis en cinq groupes (voir encadré):

1. le champ de la santé
2. le champ socio-psycho-pédagogique
3. le champ administratif
4. des options
5. un ensemble d'activités d'apprentissage visant à l'intégration interdisciplinaire d'une part, à l'intégration entre théorie et pratique de l'autre.

(on focalise l'attention sur un élément, ce qui permet de faire passer d'autres messages plus subtilement), la répétition du message, l'émotion, l'argumentation par l'exemple et l'enthousiasme.

Pour les organismes et associations de promotion de la santé indépendants, souffrant, pour la plupart, d'un manque chronique de moyens financiers, il s'avère primordial d'être le plus créatif possible pour pallier ce handicap.

Pour ce faire, il est parfois utile de recourir à des outils d'aide à la créativité, comme la méthode du "Co-système" développée par Bernard Cathelat et Robert Ebguy : 'Styles de Pub" - Editions d'Organisation.

3. Animation-spectacle et promotion de la santé

Objectifs de l'atelier

- Comment concevoir une campagne globale de promotion de la santé intégrant des animations-spectacles efficaces?
- Comment mettre au point une méthodologie de conception d'une campagne de promotion de la santé intégrant une animation-spectacle?

Exercice pratique en groupe

Campagne de promotion de la santé respiratoire

Conclusions de l'atelier

La discussion et l'exercice pratique ont fait émerger un certain nombre de recommandations pour l'utilisation de campagne de promotion de la santé intégrant une animation-spectacle:

- Importance de bien définir le type d'animation-spectacle que l'on veut présenter, car il existe de nombreuses variantes.
- Veiller à ce que les comédiens soient associés dès le départ au projet, ils deviennent ainsi des partenaires à part entière.
- Veiller à l'équilibre entre le contenu "santé" et la forme artistique.
- Eviter à tout prix de présenter une animation-spectacle hors de son contexte.
- L'animation-spectacle est un outil parmi d'autres, intégré au sein d'une campagne globale de promotion de la santé.
- Veiller à prévoir suffisamment de temps pour la conception de l'animation-spectacle (plusieurs mois).
- Veiller à présenter la santé de manière positive en intégrant le vécu des gens.

- Importance de réaliser une enquête auprès du public-cible pour découvrir les idées reçues et les informations manquantes.
- Idéalement, veiller à intégrer les animations-spectacles dans les activités de la vie quotidienne des gens.

4. Jeux de rôles et promotion de la santé

Objectifs de l'atelier

- Comment utiliser efficacement les jeux et notamment les jeux de rôles dans les campagnes de promotion de la santé?
- Comprendre le fonctionnement des jeux de rôles en présentant différentes expériences en la matière.
- Etapes de conception d'un jeu de rôle.

Exercice pratique en groupe

Comment arriver à définir une liste de courses pour la préparation d'un dîner pour lequel les convives ont des goûts diamétralement opposés?

Conclusions de l'atelier

La discussion et le jeu de rôle réalisé dans l'atelier ont permis de mettre en exergue les points suivants:

- Le jeu de rôle est un outil beaucoup plus efficace qu'un discours "ex cathedra", car la personne devient actrice de sa santé.
- Le jeu de rôle permet de mettre les participants "en questionnement" par rapport au sujet.
- Le jeu de rôle est un outil à intégrer dans une campagne de sensibilisation plus large.
- Il existe de nombreuses variantes du jeu de rôle.
- Importance d'avoir un animateur formé et expérimenté dans la conduite d'un jeu de rôle (son rôle, contrairement aux autres, ne s'improvise pas!).
- Ce type d'animation, utilisé à grande échelle, coûte très cher et le recours à des sponsors éventuels n'est pas évident car le jeu de rôle ne leur permet pas une mise en valeur optimale.

5. Vidéo et promotion de la santé

Objectifs de l'atelier

- Comment évaluer, choisir et utiliser efficacement les programmes vidéo en éducation pour la santé?
- Quelles sont les étapes de conception d'un programme vidéo d'éducation pour la santé (aspects méthodologiques et pratiques)
- Comment utiliser une grille d'évaluation et en comprendre ses limites.
- Avoir une idée des points importants auxquels une association doit penser avant de contacter une maison de production et un réalisateur.

Exercice pratique en petit groupe

Campagne de promotion de l'alimentation équilibrée chez les élèves du secondaire (12- 18 ans).

Conclusions de l'atelier

Le débat et l'exercice pratique autour de l'outil vidéo en promotion de la santé ont laissé apparaître les points suivants:

Au niveau de l'utilisation de vidéogrammes existants:

- Importance de l'identification pour une implication optimale du téléspectateur.
- La qualité de l'identification est plus importante que son efficacité.
- Nécessité d'avoir des critères clairs et précis dès le départ en fonction des objectifs poursuivis pour parvenir à cette identification du téléspectateur.
- Importance d'intégrer l'outil vidéo dans un programme global de promotion de la santé.
- Veiller à ce que le message soit compréhensible par "le tout public".

Des questions sont néanmoins restées en suspens: l'identification doit-elle porter sur un modèle inaccessible ou sur des personnes proches du public-cible?

Au niveau de la réalisation d'un outil vidéo:

- Veiller à bien définir au départ les besoins, ainsi que les déterminants des comportements.
- La réalisation d'une vidéo est très onéreuse.
- Importance d'impliquer le réalisateur dès le départ du projet.
- Veiller à canaliser au mieux l'imagination débordante des créatifs.

Philippe Mouchet, responsable Communication Média de Question Santé ■

La santé des adolescents

Les changements économiques et sociaux qui affectent les adolescents, tant dans les pays développés que dans les pays en développement, ont des répercussions importantes sur leurs rôles, leurs comportements et leur santé. Les rapports sexuels non protégés, toujours plus nombreux, exposent les jeunes à un risque accru de grossesses non désirées et de maladies sexuellement transmissibles, y compris le sida.

L'accroissement de la violence est aussi pour eux une importante cause de décès et de traumatismes. La consommation de tabac, d'alcool et de drogues compromet leur santé future et réduit leur espérance de vie .

Pourtant, les jeunes eux-mêmes sont les mieux placés pour protéger leur propre santé à condition qu'on leur donne les occasions et les moyens de le faire.

La situation économique s'est dégradée dans de nombreux pays alors même qu'il faut beaucoup plus de compétences pour trouver un emploi. On constate en même temps une érosion de la famille et des valeurs familiales. La famille élargie à plusieurs générations, telle qu'on la connaissait dans les sociétés traditionnelles, a tendance à disparaître alors que se multiplient les familles monoparentales et les enfants des rues - qui sont 40 millions en Amérique latine, 25 à 30 millions en Asie et 10 millions en Afrique. D'une manière générale, la puberté survient généralement plus tôt et l'âge moyen au moment du mariage augmente.

A eux tous, ces facteurs ont un impact sur le comportement des jeunes, sur la façon dont la société les traite, d'où d'importantes conséquences pour leur santé et leur bien-être psychologique, physique et social. La santé des adolescents est particulièrement tributaire de leur comportement, lequel est, lui, très influencé par leur environnement.

Face à la préoccupation croissante que suscite la santé des adolescents dans le monde, le Programme de l'OMS Santé des Adolescents a publié un ouvrage intitulé "La santé des jeunes - un défi, un espoir" (1), sur les différents aspects de la santé des jeunes. Il y est demandé que des mesures de santé publique soient prises pour mieux répondre aux besoins spécifiques des jeunes et pour favoriser leur santé et leur développement, compte tenu du rôle qu'ils peuvent eux-mêmes jouer.

Les adolescents estiment mal leurs besoins sanitaires, et les conséquences de leurs comportements à risque. De même, ils ne savent pas vraiment comment se garder de ces comportements, ils sont mal informés des services de santé mis à leur disposition et ne savent pas bien les utiliser. Mais il n'est pas si facile que cela de les aider. Il est rare que les agents de santé soient familiarisés avec les problèmes de sexualité des adolescents et qu'ils sachent bien communiquer avec les jeunes.

La plupart des services de santé sont conçus soit pour les adultes, soit pour les enfants et ne répondent pas toujours aux besoins particuliers des jeunes. Les politiques et les textes législatifs manquent souvent de cohérence et n'offrent pas une base adéquate pour répondre aux besoins des jeunes en matière d'information, d'éducation, d'orientation, de conseil et de services cliniques.

Outils de promotion de la santé

L'OMS a mis au point une série de méthodes destinées à promouvoir la santé des adolescents et à surmonter ces obstacles. Parmi celles-ci figurent le système des grilles pluridisciplinaires, qui permet d'aider les pays à étudier les problèmes de santé des adolescents, à évaluer les solutions qui leur sont apportées et à planifier des mesures appropriées; la méthode de la "recherche narrative" destinée à étudier les modes de comportement sexuel des jeunes; le module de formation aux techniques de conseil en santé génésique et sexualité des adolescents, axé plus particulièrement sur les techniques de communication interpersonnelle et sur le développement des adolescents; l'interaction usager-système pour l'évaluation des services utilisés par les jeunes avec le concours d'autres adolescents; le système dit "des garde-barrières", méthode de recherche qui consiste à poser des questions précises à des personnes-clés afin de faciliter les changements de politique, ainsi que le recours à l'expression théâtrale, qui permet aux jeunes de mesurer les réactions de publics déterminés.

La clé du succès dans la promotion de la santé des adolescents est le partenariat. Des partenariats entre jeunes et adultes, entre le secteur de la santé et les autres principaux secteurs, entre les organisations gouvernementales et non-gouvernementales et au sein du système des Nations Unies. Selon l'OMS, le moyen le plus efficace de parvenir à un consensus est de mobiliser des personnalités au sein des différentes cultures, tout en associant les jeunes eux-mêmes au processus.

Pour de plus amples informations, contacter le Dr Herbert Friedman, chef du Programme de Santé des Adolescents, OMS, avenue Appia 20, 1211 Genève 27, Suisse, tél. (41 22) 791.3362.

Texte extrait de: OMS Information, n°176, mai 1994.

(1) "La santé des jeunes - un défi, un espoir", OMS, 1993, 23 FS. Disponible au Service Distribution et Ventes de l'OMS, avenue Appia 20, 1211 Genève 27, Suisse. ■

La politique de nutrition au Québec

Depuis la publication en 1973 des résultats d'une enquête canadienne sur la nutrition et jusqu'à ce que soit effectuée en 1990, une enquête québécoise sur ce thème, nous ne disposions d'aucune base de données permettant de suivre l'évolution des habitudes alimentaires des Québécois, ni d'évaluer l'atteinte des objectifs énoncés dans la politique de nutrition (1977).

L'enquête de 1990 (1), dont sont extraits les résultats discutés ici, n'a pas été conçue spécifiquement pour évaluer l'impact de la politique de nutrition. Ainsi, les instruments utilisés - rappel de 24 heures, questionnaire de fréquence et questionnaire sur les attitudes et les perceptions des Québécois face à l'alimentation - n'ayant pas visé directement des éléments de la politique, nous avons dû nous limiter aux informations disponibles. Deux objectifs n'ont pu être mesurés: celui visant l'allaitement maternel et l'équilibre alimentaire du nourrisson et celui visant la conservation de la valeur nutritive des aliments. Toutefois, nous pouvions traiter suffisamment bien les données pour être capables de dégager certaines conclusions sur les cinq autres objectifs de la politique de nutrition.

L'objet de cette présentation porte sur deux aspects: une mesure de l'atteinte des objectifs, et un regard critique sur les énoncés de ces objectifs.

Résultats

Ceux-ci proviennent surtout du rappel de 24 heures recueilli auprès de 2.118 sujets âgés de 18 à 74 ans, échantillonnés dans l'ensemble de la population du Québec, excluant les autochtones et les inuit. Cette enquête sur la nutrition constituait un volet spécial d'une étude sur les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires. Quelques résultats seulement sont puisés dans les données du questionnaire de fréquence. La limite imposée par l'observation d'une seule journée incite à la prudence. Nous nous référons donc à un ensemble de régimes alimentaires rapportés dans une période donnée qui nous indiquent les tendances alimentaires de la population adulte du Québec. Ce type de résultats nous a permis de les comparer avec ceux de Nutrition Canada qui étaient spécifiques au Québec et sur lesquels s'appuyaient certains objectifs de la politique.

Trois repas équilibrés par jour, satisfaisant 80 % des besoins caloriques.
Tel qu'énoncé, voici un objectif non mesurable; les critères d'un repas équilibré ne sont pas spécifiés et peuvent varier grandement s'ils sont laissés à la subjectivité de divers professionnels. Les besoins énergétiques ne peuvent être estimés adéquatement sans la connaissance de facteurs individuels. L'ensemble des rappels de 24 heures nous indique que 68 % des hommes et 70 % des femmes ont pris trois repas principaux le jour de l'enquête. Ceux-ci fournissent, dans tous les groupes d'âge et de sexe, plus de 80 % de l'énergie totale consommée dans la journée.

Réduire de 50 % l'apport en sucre, en remplaçant notamment les aliments sucrés par des fruits et des laitages maigres et en évitant l'ajout de sucre.
On ne peut vérifier directement s'il y a eu remplacement des aliments. On note qu'une proportion plus élevée des régimes alimentaires contient des fruits frais et des laitages maigres par rapport aux aliments sucrés, tant chez les hommes que chez les femmes (à l'exception des boissons gazeuses par rapport aux fruits dans les régimes des hommes de 18-34 ans). On a aussi observé que les pâtisseries consommées en 1971 étaient surtout les gâteaux et les tartes alors qu'en 1990, la consommation de tartes a été réduite de moitié et celle des beignets et brioches (non visés dans l'objectif) a doublé. Par ailleurs, la contribution des sucres concentrés en confiseries (à teneur élevée en sucrose) à l'apport des glucides a diminué de 55 % depuis 1971. La proportion d'individus ajoutant du sucre aux céréales, au thé et au café a considérablement diminué parmi ceux qui consomment ces aliments.

Réduire de 25 % l'apport en matières grasses.
Bien que non spécifié, nous avons déduit qu'il s'agit ici de lipides totaux. Exprimée en quantité absolue, la consommation moyenne de lipides a diminué de 22 % depuis 1971 (passant de 107,5 mg à 83,8 mg). Exprimée en pourcentage de l'énergie, cette consommation moyenne a été réduite de 38,6 % en 1971, à 33 % en 1990. Lorsqu'on considère la contribution de diverses catégories d'aliments à l'apport total de lipides, c'est dans le groupe des viandes, volailles et poissons que la réduction (24 %) des lipides est la plus marquée.

Augmenter l'apport en cellulose par la consommation de fruits frais, de légumes crus, de légumineuses et de céréales à grain entier.
Déjà en 1977, il aurait été plus approprié de viser les fibres alimentaires plutôt que la cellulose. Aussi les données indiquent une augmentation générale des fibres. C'est surtout la consommation de pain de grain entier qui a contribué à cette augmentation.

Diversifier le régime alimentaire.
Il est très difficile d'évaluer un tel objectif sans suivre les choix alimentaires de la population sur plusieurs jours et selon les saisons. Nous avons regardé les choix de fruits et légumes dans les 2.118 rappels de 24 heures pour plutôt vérifier la diversité de ces aliments dans une journée d'une population donnée. Les légumes sont plus diversifiés que les fruits. Deux variétés de fruits seulement, comparativement à cinq variétés de légumes, sont consommées par plus de 30 % des individus.

Conclusion

Des résultats précédents se dégagent plusieurs observations:
- l'évaluation de l'impact d'une politique et de l'atteinte de ses objectifs doit être un processus et non un exercice final;
- dans un domaine comme celui de la nutrition où les disponibilités alimentaires et les découvertes sont en mouvement continu, un système de monitoring est une composante essentielle de l'évaluation;
- les énoncés d'objectifs doivent tenir compte des facteurs à évaluer, de la possibilité d'application de mesures, de même que des ajustements à apporter au cours de la période dans laquelle ils sont prévus;
- il est possible de tirer profit d'études telles l'enquête québécoise sur la nutrition pour dégager des mesures objectives de comportements reliés à la santé, même si celles-ci n'étaient pas prévues au départ.

Lise Bertrand, Santé Québec

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez contacter l'auteure à l'adresse suivante: 600 boulevard René-Lévesque O., 10e étage, H3B 1N4 Montréal (Qc), Canada.

(1) Nous n'avons pu publier le texte intégral de l'intervention de Lise Bertrand, faute de place. Pour ceux qui le souhaitent, ce texte est disponible à Education Santé.

Santé et communication

Comme vous le savez sûrement, une des originalités des Troisièmes Rencontres Internationales Francophones de Promotion de la Santé de Lille fut la décentralisation du Congrès sur six sites ("Mini-Forum"), cinq situés dans le Nord-Pas-de-Calais, et un situé à La Louvière.

A côté des activités présentées dans le cadre des Mini-Forum, ceux-ci accueillaient les congressistes, le 30 juin, pour participer à un séminaire. Celui de La Louvière, conçu et organisé par l'asbl Question Santé, avait pour thème "Santé et communication".

Environ 150 congressistes venus des quatre coins de la francophonie participèrent au séminaire de La Louvière.

Objectifs généraux

Ce séminaire avait pour but de sensibiliser les éducateurs en santé de l'importance du savoir-faire couplé au "faire-savoir".

En effet, trop souvent encore, les initiatives locales en éducation et promotion de la santé sont amputées d'une bonne partie de leur impact par manque d'un "faire-savoir" efficace.

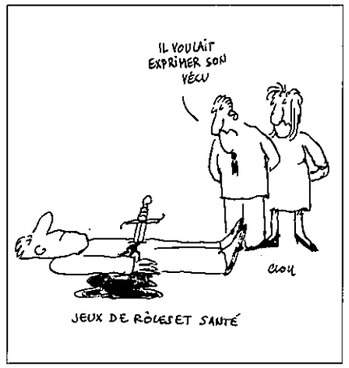
Un autre problème très fréquent vient de la difficulté que rencontrent de nombreux organismes en promotion de la santé, à savoir, comment toucher efficacement le public visé.

Cinq ateliers étaient proposés: presse régionale et éducation pour la santé, créativité et promotion de la santé, animation-spectacle et promotion de la santé, jeux de rôles et promotion de la santé, vidéo et promotion de la santé.

1. Presse régionale et éducation pour la santé

Objectifs de l'atelier

- Comment la presse régionale peut-elle servir de relais et d'amplificateur permanent pour les campagnes d'éducation pour la santé?
- Découvrir les ponts à créer entre les acteurs locaux et les médias locaux ou régionaux.
- Comprendre les spécificités de chaque type de média.
- Découvrir et comprendre les difficultés et les contraintes existantes de part et d'autre.



- Comment adapter son message aux spécificités et aux contraintes des différents types de média?

Exercice pratique en groupe

Campagne de promotion de l'alimentation équilibrée à adapter pour la presse écrite, radio et télévisée.

Conclusions de l'atelier

Cet atelier a mis en évidence les difficultés les plus fréquentes rencontrées aussi bien par les organismes de promotion de la santé que par les médias.
- Difficultés pour faire passer le message
- Difficultés de financement tant du côté des associations que des médias (en effet, les journaux doivent trouver des annonceurs pour financer une nouvelle rubrique, par exemple).
- Problème de décalage entre les impératifs d'actualité des journalistes et le long terme des campagnes de promotion de la santé

Néanmoins, la discussion a permis de dégager un certain nombre de recommandations susceptibles de favoriser ou de renforcer la synergie entre les médias régionaux locaux et les éducateurs en santé.
- Entretenir des relations privilégiées avec quelques journalistes locaux.
- Veiller à clarifier au maximum les objectifs des deux parties.
- Veiller à associer le journaliste à la conception des messages, le journaliste devenant ainsi un partenaire à part entière de la campagne.
- Veiller à adapter son message en fonction du média utilisé (ex: pour une radio locale, pourquoi ne pas proposer un jeu radiophonique sur la santé?).

2. Créativité et promotion de la santé

Objectifs de l'atelier

- Comment utiliser sa créativité au profit de la réalisation d'outils efficaces en promotion de la santé?
- Comment créer des outils originaux, efficaces et peu coûteux pour des campagnes locales de promotion de la santé?
- Sur base de ces différents facteurs, comment développer sa créativité pour créer des outils originaux et efficaces en promotion de la santé?

Exercice pratique

Mise en pratique en groupe des concepts présentés sur les thèmes suivants:
- Campagne visant la diminution de la consommation de médicaments chez les jeunes (public-cible: étudiants)
- Campagne de promotion de l'allaitement maternel en milieu défavorisé (public-cible: jeunes et futures mamans)
- Campagne de gestion du stress en entreprise (public-cible: cadres et employés)
- Campagne de prévention des dépendances aux jeux (public-cible: "flambeurs")

Conclusions de l'atelier

Les campagnes d'éducation et de promotion de la santé se heurtent systématiquement au même problème: comment faire passer efficacement leur message?

Comment favoriser les changements d'attitude et de comportements?
- Eviter au maximum les messages d'injonction ("faites ceci") car ils suscitent, la plupart du temps, une levée de boucliers de la part du public visé.
- Oser des messages nouveaux proposant, par exemple, une solution de type "paradoxal" (cfr les ouvrages de Paul Watzlawick "Faites vous-même votre malheur", "Comment réussir à échouer" et "Changements" - Editions du Seuil).
- Oser certaines "recettes" utilisées depuis longtemps par les publicitaires pour les campagnes commerciales, comme les sept facteurs favorisant la suggestion: la sécurisation (on rassure notre logique), la relaxation (on "endort" notre mental), la concentration

Institut Communal d'Enseignement Technique La Louvière (064 / 21 34 11)
Le sport, facteur de santé

Ecole communale à Houdeng-Goegnies (abattoir) (064/ 21 34 99)
L'origine des aliments (lait-pain); les groupes alimentaires

Ecole communale de Trivière (064 / 21 11 70)
Titre de l'action: Les premiers soins, le secourisme

Partenaire: Croix-Rouge

Ecole communale Le Clair Logis (064 / 22 26 25)
L'intégration par le voyage et le sport

Partenaire: ASBL Air et Santé

Ecole communale du CHU Tivoli (064/ 27 63 19)
Communication et dédramatisation d'une hospitalisation par l'école

Partenaire: Monde et Nature

Ecole communale de Strépy-Bracquegnies (064 / 66 34 87)
La protection et le respect de l'environnement

Ecole communale de Houdeng-Goegnies (Centre) (064 / 22 32 21)
La collation de 10 heures; la bonne alimentation

Partenaire: Ampli-Jeunes

Ecole communale de Maurage (064 / 66 20 87)
L'hygiène corporelle et le sport pour un mieux-être du corps

Ecole Sainte Anne-Section enseignement à horaire réduit (071 / 35 20 09)
Les aliments, les étiquettes, leur contenu. Description générale: apprendre à lire les étiquettes figurant sur les produits alimentaires (santé-qualité-prix)

Partenaire: Jeunesse et Santé La Louvière

Nature et Terroir (071/ 33 12 62)
Ecobus sur l'eau, exposition interactive sur l'Ecosystème lacustre. Description générale: 12 panneaux interactifs faisant découvrir cet élément qui est à la naissance de toute vie

Partenaires: Observatoire de la Santé du Hainaut; CGER; Jeunesse et Santé

Ecole communale du Bocage (064 / 21 62 96)
L'alimentation, les groupes alimentaires

Partenaires: Promocentre; IMS

Enseignement spécial Le Piolet (064 / 22 39 20)
Pour une meilleure prévention des accidents domestiques. Description générale: sur base de l'élaboration d'une pensée critique de la réalité, être responsable et faire des choses rationnelles, prendre des décisions qui s'imposent, sont autant d'objectifs qui se font valoir dans la prévention des accidents domestiques.

Partenaire: Jeunesse et Santé La Louvière

Les Aumoniers du Travail (071 / 41 39 39)
Pour une meilleure santé et pour un meilleur environnement. Description générale: en partant du concept scientifique et technique, propre au marché industriel, en y joignant la notion de rentabilité, il doit rester une grande place dans la sauvegarde de notre environnement.

Partenaire: Jeunesse et Santé La Louvière

Ecole St-Ghislain (064 / 22 77 87)
L'école, les sports, les jeux et je me sens mieux. Description générale: Apprendre à se connaître mieux par les jeux. Apprendre à jouer ensemble pour se respecter. Apprendre à se mouvoir pour se sentir en forme.

Partenaires: Inspection Médicale Scolaire de Jolimont; Jeunesse et Santé La Louvière

La Source, école d'Enseignement Spécial (067/ 33 13 83)
Le chemin de la santé d'une journée. Description générale: Développer un projet qui approchera tous les aspects d'évolution de la santé de la personne

Partenaires: Inspection médicale scolaire de Jolimont; Jeunesse et Santé La Louvière

Collège de Bonne Espérance (064 / 34 74 05)
Comprendre et vaincre le stress à l'école. Description générale: vivre l'école autrement, par une nouvelle forme d'enseignement, où l'on se sent mieux dans son corps, où l'on se sent plus enclin à apprendre

Partenaires: Inspection médicale scolaire de Jolimont; Jeunesse et Santé La Louvière

Ecole Ste-Marie (064 / 22 91 43)
Prévention de la pédophilie. Description générale: Je vis, j'ai des sensations, je ressens des émotions, je les exprime. Je dis non quand on me touche et que je n'en ai pas le désir.

Partenaires: Jeunesse et Santé La Louvière; IMS Jolimont.

RESODOC (Réseau de Documentation en Education à la Santé)

Théâtre du Brocoli

C'est du théâtre, le Sida?

Oui, quand la pièce est intitulée "Une soirée qui capote".

Vie Féminine

Vie Féminine mène depuis janvier une campagne de prévention des cancers féminins.

Les animatrices d'associations locales ou régionales, les coordinatrices reçoivent un questionnaire relatif au dépistage des cancers (quels sont les examens de dépistage?, A partir de quand les pratiquer?) qui peut servir de point de départ à un débat, à une séance d'information présentée par une personne-ressource, et à la visite d'un centre de dépistage.

Vie Féminine La Louvière, dans le cadre de son action de sensibilisation des mamans au sommeil et à l'éveil des sens chez les petits enfants, organise des animations au Centre de Ressources Petite Enfance de Carnières, où se tient une consultation de nourrissons.

A Bois-du-Luc, Vie Féminine La Louvière, toujours, a engagé la communication avec des femmes turques et marocaines sur le thème du sommeil de l'enfant et de l'alimentation.

Vie Féminine La Louvière s'est penchée sur les perceptions turques et marocaines de la sexualité: ce que représentent la virginité, la notion d'honneur, le mariage, la contraception, l'accouchement.

Fabrice Delvaux, Jeunesse et Santé La Louvière, **Monique Gosselain**, CLC Hainaut-Centre, **Véronique Janzyk**, Observatoire de Santé du Hainaut

Pour tout renseignement sur ces multiples initiatives: Monique Gosselain, Commission Locale de Coordination La Louvière, au 064 /22 30 17. ■

Notre santé, une école de vie

Le Centre de Soins dans lequel nous travaillons, rue du Faubourg d'Arras à Lille, existe depuis 37 ans. Le Centre de Soins couvre le quartier de Lille-Sud, la ville de Wattignies et la périphérie de Fâches-Thumesnil, soit un total de 45.000 habitants où coexistent une population ouvrière traditionnelle et une population paupérisée comprenant un nombre important d'immigrés d'origine maghrébine.

Neuf infirmières travaillent dans le Centre de Soins et pratiquent des soins infirmiers à domicile.

Il y a environ 22 ans, alertées par un certain nombre de problèmes liés à l'éducation sexuelle (maladies vénériennes, grossesses chez de très jeunes filles ...), deux infirmières se sont posé la question de la prévention. Comment à partir de l'analyse des soins individuels, déterminer des hypothèses d'action? S'en est suivi un travail d'environ trois ans où, aidées par un sociologue, nous avons pu mener à bien une analyse de situation dont a découlé un programme de formation-action à l'attention des habitants de notre secteur de soins.

L'originalité et le puissant intérêt des actions menées viennent des liens que nous avons toujours établis entre notre pratique individuelle et la pratique collective, la prévention santé et la restauration du lien social.

Nos objectifs, notre démarche

Pour nous, "Les actions santé ne trouvent sens chez les gens du quartier, que si elles s'enracinent dans ce qu'ils vivent au quotidien".

Les objectifs que nous avons déterminés rendent clairement compte de cette volonté, à savoir:

- s'appuyer sur des réponses individuelles et quotidiennes pour organiser des actions collectives;
- conscientiser la population sur ses problèmes de santé;
- rendre les gens acteurs de leur propre santé et diffuseurs-relais de leur apprentissage dans leur environnement.

Pour arriver à consolider les acquis, la démarche que nous avons voulu suivre, a exigé de nous un travail de fond:

- l'équipe infirmière est très stable, nous nous sommes donné des critères stricts d'embauche;
- nous repérons, dans les quartiers, des groupes d'habitants qui constituent une base d'action pouvant ensuite faire tache d'huile;
- nous expliquons nos projets et le contenu des formations à chaque bénéficiaire potentiel et aux parents quand la formation s'adresse à des enfants;
- nous partons du concret et du savoir-faire des individus et nous saisissons toutes les opportunités qui se présentent sur les quartiers pour agir;
- nous travaillons avec les mêmes personnes ou les mêmes groupes sur le long terme;
- nous vérifions si le choix des thèmes de formation correspond à la demande des soins infirmiers.

Description de notre expérience

Dans ce grand secteur de soins comprenant 45.000 habitants, notre action communautaire familiale s'est organisée autour d'une population défavorisée comptant environ 10.000 personnes.

Dans ce sous-secteur, les chefs de famille sont sans qualification professionnelle précise. Beaucoup sont au chômage, les femmes ne travaillent pas ou font quelques heures de ménage.

Il y a encore quelques années, la vie sociale s'organisait autour de la télévision, seul loisir accessible et les jeunes n'avaient d'autres lieux d'accueil que la rue, les caves des collectifs et les garages détériorés du quartier.

Au cours des soins à domicile et dans ce contexte, nous avons perçu la détresse des jeunes devant le mal-être d'une sexualité qui se cherche, et aussi la détresse des parents en mal de communiquer avec leurs enfants. Nous avons aussi été frappées par un besoin de socialisation qui trouve à s'exprimer dans le tabac et par le mal de vivre de ceux qui se consolent par l'alcool ou s'enferment dans la drogue.

A partir de ce que nous avons découvert, nous avons pris une orientation:

partir des gens, comprendre ce qui leur arrive pour chercher avec eux comment conforter, stimuler, affermir tout ce qui contribue à développer leurs capacités, à construire leur propre savoir pour appréhender leurs problèmes de santé.

La construction progressive de ce travail est passée par la nécessité de réfléchir en groupe, de consigner par écrit les constatations pour en dégager des pistes d'orientation.

Nous avons souhaité n'entreprendre qu'un projet d'action communautaire à la fois, d'inscrire toute action dans la durée et non au "coup par coup" en assurant son suivi et en évaluant les effets du travail. Nous avons appris à faire une analyse financière afin de budgétiser les actions et d'en dégager certaines incidences économiques.

Le dynamisme de cette action communautaire est constamment sous-tendu par une pédagogie active et créatrice qui nous amène à confronter et à relier quatre sources de connaissances: celles des gens, les nôtres, celles d'ouvrages ou de documents audiovisuels, celles de personnes-ressources.

Toxicomanie, alcoolisme, sexualité précoce

Voici rapidement la démarche et quelques effets d'une de nos actions de prévention qui s'intitule: "Toxicomanie, alcoolisme, sexualité précoce, une réalité dans notre quartier... Pas une fatalité".

Ce thème réunit chaque année 150 à 180 enfants de 5 ans 1/2 à 12 ans et 70 à 80 adolescents entre 13 et 18 ans.

Les familles des enfants connaissent dès le départ l'exigence d'un travail qui va au moins durer 6 années et nous établissons avec elles un contrat de responsabilités qui est revu chaque année.

Les enfants de 5 ans et demi à 7 ans

La formation-action des enfants de 5 ans 1/2 à 7 ans a été mise en place en 1986.

Elle se base sur un programme "Mes amis, mon jardin" qui s'est imprégné d'une méthode canadienne (Création de la Direction de la Santé et Bien-Etre Social au Canada).

Ce programme tient compte à la fois de l'usage médical et non médical des drogues, dans le contexte de diverses situations personnelles et impersonnelles. Les contes ont été conçus de façon à permettre la compréhension et l'interprétation à différents niveaux.

L'objectif de la méthode est de prévenir l'abus d'alcool et d'autres drogues en mettant les enfants en situation de se décider face à leur absorption ou leur refus. Ce programme ne vise pas tant à transmettre des connaissances qu'à aider l'enfant à faire face aux expériences émotionnelles de la vie.

On s'organise pour que l'action des tout-petits fasse tache d'huile. Grâce à nos analyses de soins, nous sélectionnons les enfants. Ils sont répartis en petits groupes d'enfants habitant les mêmes rues afin que l'impact sur l'ensemble soit plus grand.

Chaque infirmière, animatrice d'un sous-groupe, va présenter le projet aux mamans, parle du contrat de responsabilité, décide une mise au point avec la famille, remet à l'enfant son invitation (dessin attrayant), que l'enfant va colorier; les dates y sont inscrites et l'enfant avec sa maman choisit la place où l'on va accrocher ce calendrier de rencontres pour ne pas les oublier.

Un premier questionnaire a lieu dans la famille, il a pour but de découvrir l'importance dans cette famille du dialogue enfants/parents.

Nous nous sommes rendu compte que les mères de familles nombreuses, très prises par leurs activités, envoient jouer leurs enfants dans la rue sans jamais leur poser de questions sur ce qu'ils ont fait, sans jamais leur raconter d'histoires. Or, nous pensons que si l'enfant ne prend pas très jeune l'habitude de se confier à sa mère, de lui relater ce qu'il a fait à l'école ou ses petites bêtises, quand il grandira, il se retrouvera seul devant ses problèmes. Aussi, nous avons imaginé de nous servir des contes et des dessins à colorier que les enfants emportent chez eux pour qu'ils aient envie de raconter l'histoire.

En fait, notre but est double:

- favoriser le dialogue enfant/parents
- faire passer par l'enfant certains messages de prévention à la famille toute entière.

L'évaluation de l'action 1993 démontre que sur 50 enfants:

- avant l'action, 70 % des parents n'ont jamais raconté d'histoires à leurs enfants;
- après l'action, seuls 26 % n'ont pas encore pris le temps de le faire.

Le fait que l'enfant se raconte à ses parents passe de 46 % à 87 % après le cycle.

Cela confirme bien l'hypothèse initiale : on peut partir de l'enfant pour amener, au sein de la cellule familiale, de nouvelles pratiques d'écoute. Nous constatons aussi que la plupart des mères montrent beaucoup de bonne volonté à ce sujet. Si on reconnaît qu'écouter les enfants ce n'est pas facile, nous constatons que la volonté de questionner l'enfant sur ce qu'il fait se ressent, se développe et commence à porter ses fruits. Nous souhaitons répéter cette action une dizaine d'années sur un même secteur, avant d'en lire tous les effets sur ces enfants et leur famille.

Les enfants de 7 - 8 ans

La formation-action auprès des enfants de 7 à 8 ans se déroule auprès des enfants ayant suivi l'année précédente "Mes amis, mon jardin". Dans cette action, les enfants vont découvrir leur appareil digestif, urinaire et respiratoire, avec les réponses au thème central: "Comment cela va dedans mon ventre?".

Des ateliers de travaux pratiques vont leur permettre de découvrir le fonctionnement de leur organisme, la transformation des aliments et les différents parcours d'évacuation.

L'évaluation de cette formation nous montre que les enfants ont tous assimilé le mécanisme de leur appareil digestif, urinaire et respiratoire; ainsi que les raisons d'incidents que peuvent être la colique, la constipation, le vomissement, le bâillement, le hoquet. Ils sont préparés à découvrir par la suite les conséquences de l'ingestion ou de l'inhalation de toxiques.

Les enfants de 8 à 10 ans

La formation-action auprès des enfants de 8 à 10 ans prend en compte les enfants ayant déjà eu 2 années de formation. Ils vont pouvoir aborder le problème de l'alcoolisme. Ce travail se déroule sur six semaines et s'appuie sur deux supports:

- une bande dessinée et une cassette vidéo "Mélia et l'alcoolisme" réalisées par le Club Santé du lycée de Saumur;
- une cassette vidéo "Frédéric et Jeanne" réalisée à partir des dessins d'une enfant de 8 ans exprimant ses découvertes au cours de la formation.

Comme pour les groupes précédents, les enfants sont invités chez eux en présence des parents. Le contrat est revu.

Un questionnaire rempli avec l'enfant nous renseigne sur ses habitudes (quantité et genre de boissons absorbées dans une journée).

Quelques mois après l'action, l'évaluation porte sur un éventuel changement de comportement quand l'habitude était à corriger.

Au cours de cette action, l'enfant va s'investir dans plusieurs ateliers de travaux pratiques. Il va découvrir que les boissons alcoolisées sont dangereuses quand elles sont consommées en trop grande quantité.

Par contre, il découvrira l'importance des boissons saines pour la vie. Les dernières rencontres permettent aux enfants de libérer leurs expressions par rapport à l'alcool, soit en confectionnant une bande dessinée, un poème, une histoire,... A partir de leur travail, nous avons construit de nouveaux outils de réflexion.

groupements d'aphasiques de France, de Suisse, du Québec et de Belgique, et de leur franche détermination.

C'est à leur initiative que le film docufiction a été mis en chantier.

Femmes Prévoyantes Socialistes

(voir aussi rubrique 1, Ampli-Junior)
Le service Espace Santé des F.P.S. liégeoises oeuvre à la promotion de la santé cardiovasculaire au sein de groupes constitués (scolaires ou d'adultes). Son programme "Rendez-vous avec votre coeur" a aussi pour objectif de permettre aux relais d'évaluer leur potentiel en tant que collectivités locales, leur rôle d'intervention et la possibilité d'actions en prévention (animations locales, cours de gym, adoption de nouveaux comportements en milieu scolaire).

Parmi les outils mis en oeuvre dans cette campagne d'apprentissage de la santé cardiovasculaire: des maquettes, un spectacle de mime, un ordinateur pour évaluer soi-même son mode de vie, des panneaux d'expo, des tracts,...

Handicap et Santé

Handicap et Santé propose, à l'intention des personnes de terrain et des personnes relais, une approche spécifique de l'éducation pour la santé des personnes atteintes d'un handicap mental.

Ligue des Familles

L'Ecole d'alphabétisation de la Ligue des Familles (La Louvière) est active dans le domaine de l'éducation à la santé.

La Ligue des Familles (Liège) propose une formation destinée à des personnes issues d'un milieu socio-culturel défavorisé.

Elle a pour objectif de rendre le public conscient de son savoir en matière de santé et de l'amener à être le relais auprès de ses proches, de son environnement social. Les personnes en formation réaliseront ainsi qu'elles peuvent être des agents de changement.

La formation vise aussi le transfert de la responsabilisation à d'autres domaines que la santé.

Médiathèque de la Communauté Française de Belgique

La collection "Education pour la Santé" de la Médiathèque comprend plus de 200 programmes vidéo.

Oeuvre Belge du Cancer (OBC la Louvière)

Le Centre Régional louviérois de l'OBC concrétise les priorités de celle-ci, coordonne les travaux des associations locales et encadre les bénévoles.

Menée en synergie avec les structures médicales et sociales de la région, son action s'articule autour de deux axes principaux: d'une part l'information et l'éducation à la santé et d'autre part, l'accompagnement social.

Office de la Naissance et de l'Enfance.

La Chenille Mystérieuse du Service Education à la Santé de l'ONE est conçue pour initier les enfants de 3 à 7 ans aux sens et en optimaliser ainsi le développement.

O.S.H. (Observatoire de Santé en Hainaut)

Aidée par l'Ecole de Santé publique, l'O.S.H. a épluché le fonctionnement de quatre institutions offrant des services de santé (un C.P.A.S. et trois mutualités).

Peut-on objectivement les qualifier de démocratiques?

Dans quelle mesure le terme "démocratique" leur est-il associé par la population?

Comment, à partir des réponses et de leur analyse, peut-on espérer susciter la participation de la population aux décisions en matière de santé?

Réseaux de l'Enseignement Officiel et Libre

L'Inspection Médicale Scolaire et Jeunesse et Santé (Mutualités Chrétiennes du Centre), ont développé pour les troisièmes Rencontres Internationales Francophones de Promotion de la Santé un plan d'action visant à motiver les établissements scolaires à aborder la prévention primaire en éducation à la santé. Vingt-quatre écoles (primaires, secondaires et de l'enseignement spécial) se sont impliquées dans le Projet-école.

Les premiers acteurs: les élèves eux-mêmes.

Le projet a consisté à guider, pendant quatre mois, une recherche sur un thème proche de l'éducation sanitaire au sein de chaque école.

Les objectifs étaient de:

* proposer aux jeunes enfants et adolescents de prendre une part active dans la construction du projet;
* engendrer une démarche de réflexion sur un mode de prévention du patrimoine santé;
* susciter une prise de conscience adaptée à l'âge des écoliers et des étudiants.

Voici un descriptif de l'ensemble des projets.

Ecole d'Enseignement Spécial Les Rocailles (064/ 22 34 38)
Une histoire " Appelez-moi Tante Aline".

Description générale du projet: réalisation d'un roman photo, dressant le portrait d'une personne isolée, son histoire, sa vie au quotidien, ses problèmes de santé.

Partenaires: Inspection Médicale Scolaire de Jolimont; Jeunesse et Santé La Louvière.

Ecole d'Enseignement Spécial Les Rocailles
Un montage vidéo illustrant la méthodologie et la pédagogie utilisées dans la constitution de projets dans dix établissements scolaires.

Partenaires: Inspection Médicale scolaire de Jolimont; Jeunesse et Santé La Louvière

Ecole communale d'Houdeng-Aimeries (064 / 22 84 85)
La santé par l'activité physique

Athénée Provincial de La Louvière (064 / 22 65 49)
Sensibilisation aux dons d'organes

Lycée Technique Provincial M. Herlemant (064 / 22 53 32)
Bonne alimentation et santé

Institut Provincial de Nursing du Centre (064 / 28 13 20)
L'importance nutritionnelle du petit déjeuner

Partenaires: ICAN, Croix Rouge, Commission locale de coordination, Question Santé, Médiathèque

Les objectifs du projet, outre le fait de permettre à deux générations de se rencontrer, sont d'établir des solidarités et d'amorcer un travail préventif contre la délinquance des jeunes adolescents.

Un Conseil Consultatif du troisième âge a été créé. Il a pour mission de déterminer les besoins de la population âgée, de l'informer des activités auxquelles elle est invitée à prendre part et de se pencher sur des préoccupations telles le logement et la sécurité.

D.S.Q. (Développement Social de Quartier) de Cureghem

Le dispositif D.S.Q. a été mis en place par le Conseil communal pour inverser le processus de détérioration physique, sociale et économique du quartier et casser son image de lieu à problèmes. La Commission Santé du D.S.Q. regroupe différents acteurs locaux en matière de santé (médecins, pharmaciens, habitants, élus communaux).

Le jeu "Le Chemin de la Santé", qu'elle a organisé, a impliqué des élèves de 7ème "Education Sanitaire" d'un Institut d'Anderlecht, des jeunes et des habitants du quartier. Les premiers ont établi un diagnostic santé du quartier (relevé des problèmes, mais aussi de ses ressources).

Des "fiches santé" ont été réalisées à partir des principaux thèmes relevés lors du diagnostic. Lors d'animations dans les écoles, les enfants les ont reçues. Elles ont aussi été disposées en divers endroits (cabinets des médecins, pharmacies).

Lors des animations, les écoliers sont amenés à rechercher des solutions concrètes pour maintenir ou créer un environnement compatible avec la santé individuelle et collective.

Avec "Les Jeux du Printemps", les écoles de Cureghem ont été invitées à permettre aux enfants de 8 à 15 ans de pratiquer des tests d'aptitude sportive.

Ces tests et ces "Jeux" ont pour objectif de stimuler une pratique sportive régulière.

Les enfants faisant preuve de dispositions pour le sport peuvent s'inscrire gratuitement dans un club.

Ecole du Mouvement

L'Ecole du Mouvement ouvre ses portes après les heures de classes. Elle accueille des enfants âgés de 3 à 11 ans.

Ses initiateurs ont voulu amener le sport à l'enfant et non l'inverse, afin que l'enfant ait plus de chances de persévérer dans la voie de l'activité physique.

La recherche de la performance à tout prix n'est pas de mise à l'Ecole du Mouvement.

Educa-Santé

Tous aux fourneaux de la prévention des accidents domestiques chez les petits avec Educa-Santé!

La roulotte-cuisine de l'Ecole du Risque permet aux enfants de l'enseignement primaire de faire l'apprentissage des dangers domestiques.

Eurasanté (France)

Le Centre Eurasanté, à Lille, a pour mission de transmettre au public des informations sur des thèmes éthiques, scientifiques et technologiques.

Pour améliorer l'image régionale dans le domaine de la santé, du bien-être et de l'environnement, le Centre a misé sur l'exploitation d'espaces ludiques et sur le recours à des médias modernes et originaux.

Fares (Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé)

La Fares est active dans la région dans le domaine de la promotion de la santé auprès des jeunes de 7 à 15 ans. Un Club louviérois "Première Génération sans Tabac" existe. La Fares veille à la mise en place de synergies entre ce Club et les associations de jeunesse, à l'organisation d'échanges et d'activités sportives génératrices d'un message de bien-être sans tabac.

Autre mission de la Fares: mettre en exergue les structures locales d'aide à la désaccoutumance tabagique (les Centres d'aide aux fumeurs de Mons et de Charleroi, la Ligue Vie et Santé - et ses Plans de cinq jours).

Fédération Belge des aphasiques

La Fédération Belge des aphasiques a choisi de laisser parler les images, celles du film "Les mots perdus" du cinéaste québécois Marcel Simard.

"Les mots perdus" témoigne, entre autres, d'une belle solidarité entre

Les enfants de 10 à 12 ans

Au cours des cycles de formation, il s'est toujours dégagé une préoccupation pédagogique dominante, qui est d'entraîner l'enfant à se situer par rapport à l'alcool et à la drogue.

En suite logique, le premier questionnaire que remplissent les enfants de 10 à 12 ans cherche à découvrir les connaissances que le jeune a acquises dans les précédentes formations et quel degré d'autonomie il atteint dans ses choix concernant sa participation à l'école, aux activités familiales, aux loisirs. Il lui est demandé par exemple: "Dans le quartier, comment t'organises-tu après l'école? As-tu des copains? Fais-tu du sport? Vas-tu à la salle Inter-Génération?".

Les méthodes employées au cours des cinq rencontres collectives sont toujours "actives". Quatre ateliers de travaux pratiques leur donnent l'occasion de découvrir et de fabriquer de l'alcool, d'apprendre ce qu'est l'alcoolisme et l'alcoolémie.

Un atelier de dessin et de journalisme leur permet d'être critique par rapport à la publicité de nos journaux et magazines et d'inventer, à leur tour, une publicité plus réaliste.

L'évaluation de ces 4 à 5 ans de formation se réalise au cours d'un grand rallye de connaissance, avec la remise du cahier pédagogique construit par l'enfant tout au long de sa formation.

Les adolescents de 13 à 18 ans

A partir d'une enquête menée par les jeunes et qui est différente selon les groupes, nous amenons les adolescents à découvrir eux-mêmes la réalité de la drogue dans leur quartier ou pour d'autres groupes l'importance de l'alcoolisation dans notre secteur ou des problèmes liés à une sexualité précoce.

Notre rôle est de les aider à recenser les personnes à enquêter, de prendre les rendez-vous pour les interviews, de préparer avec eux les questions à poser et de dépouiller les réponses captées sur magnétoscope.

Les résultats de l'enquête et toutes les réactions des jeunes s'expriment au cours d'un grand rassemblement. Les jeunes animent eux-mêmes leur assemblée générale, devant des témoins de leur choix (médecins, parents, éducateurs, ...). Au cours de ce rassemblement, d'autres motivations d'actions pour faire reculer drogue et délinquance se dégagent.

Les adultes ont également leur formation mais nous ne pouvons tout aborder. Il est important maintenant de voir les effets produits par ce travail de longue haleine.

Tout ce travail en finesse et à long terme a participé à la restructuration du tissu social dans notre quartier; il a eu des effets aussi bien individuels que collectifs sur la modification de comportements sanitaires et sociaux.

Les changements les plus significatifs

Il y a eu un recul de la toxicomanie et de l'alcool sur certains quartiers. Toutefois nous constatons en ce domaine que tout est toujours à recommencer.

Nous avons noté:

- une baisse des grossesses précoces et l'extension des pratiques de contraception;
- une meilleure communication à l'intérieur des familles et un appétit d'apprentissage de la part, en particulier, des jeunes et des mères;
- quelques meilleures performances scolaires; l'obtention du BAFA par des gens du quartier;
- l'acquisition d'un "langage santé" et la clarification du fonctionnement du corps;
- une "boum" sans alcool a été organisée à plusieurs reprises avec beaucoup de succès, ce qui n'est pas évident dans notre quartier;
- une exposition sur les méfaits du tabac réalisée par 80 jeunes a été présentée dans les lieux publics de notre quartier. Ce qui a entraîné les adultes à une demande de formation sur ce sujet.

D'autres faits significatifs d'évolution au plan social:

- les logements sont mieux aménagés, mieux tenus. La réhabilitation du quartier dit "Les 400 Maisons" est une réussite;
- les enfants et les adultes prennent des responsabilités dans la cité et s'insèrent mieux dans le temps;
- les relais (adultes et jeunes) osent maintenant prendre la parole en public pour communiquer ce qu'ils vivent, ce qu'ils construisent ensemble (forum ou diverses rencontres de professionnels);
- une salle de loisirs a été obtenue de la mairie grâce à des années de réflexion et de travail avec les jeunes et leur famille;
- une première association nommée Inter-Génération Lille-Sud a été créée avec une formation à la vie associative;
- l'association "Intergénération" a pu réinsérer plusieurs jeunes du quartier au travail;
- les jeunes ont appris à monter eux-mêmes des projets, à les défendre et à les mener à bien;
- le partenariat s'est développé considérablement;
- et j'ose dire que la délinquance dans notre quartier a considérablement reculé.

Mais il y a eu aussi une transformation profonde du savoir et de la pratique des infirmières.

Au cours de ces 20 années d'éducation pour la santé, les infirmières ont dû sans cesse s'adapter. Elles se sont surtout appuyées sur le savoir que la vie apporte.

La recherche des traditions, du bien fondé, de dictons populaires a donné une précieuse moisson et engendré une dynamique positive chez les femmes grâce à la mise en commun de leurs multiples savoirs et pratiques.

Dans ce changement de société, toute la famille a été aussi concernée. Ceci n'a été possible que parce que toute la population a été mise dans le coup par tous les moyens, dont une éducation large à la santé conduisant à la recherche d'un équilibre de vie.

Michèle Pohier, aidée de son équipe infirmière.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez la contacter à l'adresse suivante : 462 rue du Faubourg d'Arras, 59000 Lille, France. ■

Le mini-forum de La Louvière

Après "Communication, Participation et Santé" pour leur première édition et "Des outils à partager au-delà des cultures" pour la deuxième, c'est à "La Santé du Terrain, Le Terrain de la Santé" que les Rencontres Internationales Francophones pour la Promotion de la Santé ont choisi de consacrer leur troisième édition.

"Participation", "outils", "terrain": les préoccupations ne sont pas à l'abstraction.

Cette fois, la volonté était nette de s'intéresser aux acteurs de santé en contact privilégié avec la population et de les considérer comme "Terrain de Santé", émetteurs efficaces de messages de Santé.

A La Louvière, à l'occasion d'un forum, des équipes locales, nationales et étrangères ont exposé leurs réalisations et suscité l'échange avec d'autres acteurs de santé ou avec le grand public.

On a pu y constater en particulier la diversité des activités menées dans les écoles.

En effet, l'école, en perpétuelle évolution, s'ouvre à l'éducation à la santé. Mais, lieu d'apprentissage par définition, elle n'exploite que peu encore la prévention en éducation à la santé. Cependant, elle détient une mission dans l'affranchissement de ce secteur.

Souvent, les projets visant à la recherche d'une forme d'hygiène de vie, tant physique, morale que psychologique sont approchés d'une manière très vague et très superficielle.

Le Projet-Ecole vise la création d'un lieu de discussion, d'apport de connaissances et surtout de dialogue qui permettrait d'éveiller le sens critique et la responsabilité de chacun, tout en veillant à respecter la liberté individuelle.

Le projet spécifique représente un moyen efficace et motivant pour démarrer une réflexion sur les enjeux de la prévention en éducation à la santé.

Le Projet-Ecole créé spécialement en vue des troisièmes Rencontres Internationales Francophones de Promotion de la Santé et de son mini-forum de La Louvière en témoigne: 24 écoles de l'Enseignement Libre et Officiel se sont engagées à créer en leur sein un projet spécifique, traitant une matière en éducation à la santé.

Quelque 500 enfants ont pris part au projet.

L'organisme porteur du projet n'est autre que la Cellule de Coordination en Education à la Santé de La Louvière, relayée par l'Inspection Médicale Scolaire et par Jeunesse et Santé, service "Jeunes" des Mutualités Chrétiennes du Centre.

Aussi variés que soient les projets exposés, et quel que soit le milieu au sein duquel ils ont émergé, ils témoignent d'une conception globale de la santé, indissociable de facteurs socio-politico-économiques.

On notera aussi l'importance de l'attention portée par les acteurs de santé à la participation de la population à l'élaboration des actions.

Le forum louviérois de A à Z

Voici, de A à Z (ou plutôt V), de Ampli-Junior à Vie Féminine, les acteurs de terrain en promotion de la santé et les services agréés en éducation à la santé qui ont répondu présent à la Société Régionale de Santé Publique Nord-Pas-de-Calais, organisatrice des troisièmes Rencontres Internationales Francophones de Promotion de la Santé.

Les institutions, organisations, A.S.B.L. suivantes ont donc été représentées, pour les sujets évoqués ci-après, du 30 juin au 2 juillet à l'Institut des Arts et Métiers de La Louvière avec expositions et/ou animations à la clé.

Ampli-Junior (Mouvement des Enfants Prévoyants)

L'ASBL Ampli-Junior sensibilise, en milieu scolaire, les enfants de O à 14 ans à l'hygiène alimentaire et à la qualité de l'environnement. Son action d'éducation à la santé passe par la recherche, le jeu, la participation (voir aussi infra, la rubrique Réseaux de l'Enseignement Officiel et Libre).

CHS de Pau (France)

Le CHS de Pau mène une expérience d'accompagnement psycho-relationnel de patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Une de ses actions a pour objectif la sensibilisation des équipes médicales et l'optimisation de leurs interventions auprès des malades et de leurs familles, aussi bien en services hospitaliers qu'en soins ambulatoires.

De plus, le CHS a mis au point un dispositif d'observatoire et d'aide aux suicidants. Il a permis au personnel médico-psycho-social d'acquérir une acuité d'observation améliorant ses pratiques hospitalières et ambulatoires à l'égard des suicidants.

Commission Locale de Coordination de La Louvière et La Louvière Ville-Santé

Faut-il rappeler que la Commission Locale de Coordination du Hainaut, comme les neuf autres Commissions en Communauté française, offre une aide sur le plan de la documentation, de l'information et du conseil méthodologique à destination des intervenants locaux?

A l'écoute des besoins en matière de santé, elle y répond ou oriente la demande vers les "services aux éducateurs" agréés en Communauté française et spécialisés dans un domaine particulier.

La Louvière a reçu de l'O.M.S., en 1990, sa qualification de Ville-Santé. La Ville s'inscrit dans le projet "Santé pour Tous en l'an 2000" élaboré par l'O.M.S.

C.L.S.C. La Pommeraie (Québec)

Avec les participants québécois, il fut question de l'évaluation du périodique "Partage" du Réseau Francophone International de Promotion de la Santé.

Centre de Guidance Psychologique et de Prévention Sociale de La Louvière

Le C.P.A.S. et le Centre de Guidance Psychologique et de Prévention Sociale de la Ville ont répondu à l'interpellation des aides familiales, exprimant leurs difficultés à prendre en charge des familles au sein desquelles émergeaient des symptômes de dépression nerveuse.

Il n'est pas rare que ces aides familiales soient confrontées à une demande de soutien psychologique alors que le motif initial de la relation réside dans une assistance technique.

Les rencontres entre les aides familiales et les psychologues du Centre de Guidance ont permis aux premières de mieux comprendre des situations familiales souvent complexes et d'adopter, à l'égard des bénéficiaires, des comportements plus adéquats.

Centre Public d'Aide Sociale de La Louvière

Hormis le projet "Prévention de la dépression nerveuse en rapport avec l'exclusion sociale", mené avec le Centre de Guidance Psychologique et de Prévention Sociale de La Louvière et évoqué ci-dessus, le C.P.A.S. est à l'origine des projets "Adultes en difficultés" et "3ème âge".

Le premier vise la réinsertion sociale et professionnelle des personnes en décrochage social via une pré-formation et un contrat de travail dans les services du C.P.A.S., par le biais de la revalorisation du public concerné, et l'élaboration, avec lui, d'un projet de vie.

Les personnes âgées aussi sont menacées, par notre société, d'une mise aux "bancs".

Pour rendre publique, à la fois au sein de la population aînée et de la population professionnellement active, sa lutte contre l' "âgisme", conception réductrice du troisième âge, le C.P.A.S. assure la promotion de l'activité physique et celle de la communication intergénérationelle en Centres Communautaires.

En collaboration avec l'école communale, des enfants ont rencontré des personnes âgées fréquentant le Centre Communautaire. Une complicité a pu s'installer (aide pour les devoirs scolaires, promenades).

Impressions

La santé de la Promotion et de la Santé

Avant qu'elles se déroulent, du 27 juin au 2 juillet, entre France et Belgique, les troisièmes Rencontres Internationales Francophones de Promotion de la Santé se résumaient pour nous à quelques textes consacrés aux précédentes éditions des Rencontres, à une belle brochure papier glacé (préprogramme des Rencontres) et à la somme des fiches de renseignements remises aux organisateurs par les participants au mini-forum louviérois.

De quoi avoir une certaine idée de ce qui nous attendait, mais juste assez aussi pour entretenir la curiosité et l'envie d'être surpris.

Aujourd'hui, pour nous, penser aux Rencontres, c'est moins considérer un événement passé, jeter un oeil sur la quantité de documents collectés ici ou là que nous souvenir d'un moment toujours vivant où théorie et pratique, écrits et paroles, discours et interventions informelles ont paru proches comme jamais (une proximité tenant d'ailleurs parfois d'un sain télescopage).

Quelles impressions au lendemain de la clôture du mini-forum belge? On y a trouvé matérialisées dans des enquêtes, des études ou des actions quelques-unes des idées-forces du Congrès lillois. Citons l'importance de l'intégration de la population aux programmes de promotion de la santé et la nécessité de promouvoir la santé auprès des enfants.

Intégration de la population? Baromètre des préoccupations de santé du public, la Commission Locale de Coordination du Hainaut travaille dans ce sens. A La Louvière toujours: un conseil consultatif du troisième âge a été créé. L'Ecole de Santé Publique, quant à elle, s'est penchée sur la participation de la population aux décisions en matière de santé de trois mutualités et d'un CPAS. La communication avec les adhérents, membres potentiels ou clients est nettement perfectible. Une fois passé le message de la possibilité d'une telle participation, il " restera " à viser l'implication effective.

Un bel exemple d'implication et de communication a été fourni aux visiteurs par des enseignants et des élèves de l'enseignement primaire et secondaire (tiens, comme la prévention!).

Leurs travaux, qu'ils aient été conçus à " usage externe " où comme des outils de promotion de la santé plus vastes, fleuraient bon la créativité et le ludique, tout en témoignant d'une foi certaine dans les messages proposés.

Alors, parce qu'elles flirtent plus d'une fois avec la poésie et parce que la promotion de la santé a tout avantage à débuter précocement, on les épinglera toutes, ces réalisations. Depuis le détail craquant sur un poster illustrant les groupes alimentaires jusqu'aux courtes séquences vidéo où des enfants prodiguent des conseils de sécurité domestique.

Un propos qui nous avait frappés un peu plus tôt pourrait qualifier ce Projet-Ecoles. Alors que divers intervenants y allaient de leur définition de la promotion de la santé, l'un d'eux avait choisi du mot " définition " son acceptation photographique. La promotion de la santé se devait donc de donner, selon lui, l'impression rétinienne de la vie. " Ca vit, ça bouge. Et nous aurons trois jours pour le constater ", avait-il poursuivi en faisant allusion aux cinq mini-forum.

Nous avons nous-mêmes, pendant six jours, beaucoup bougé, histoire de rencontrer le mieux possible cette mystérieuse chose vivante qu'est la promotion de la santé. Dans la mouvance générale, nous avons raté certains rendez-vous. Pourquoi diable certains invités au mini-forum se trouvant boudés par le public, pourtant en route, ont-ils plié bagages!

Bien sûr, cette fringale passagère n'est rien à côté de ce qu'a offert la manifestation: partager par l'aussi menu que possible de multiples expériences et percevoir à quel point des approches variées sont tributaires d'un contexte.

Et puis, décidément, on reste émus devant les efforts accomplis pour promouvoir...la Vie.

Tâche donquichottesque de s'en prendre à l'accident, aux négligences à la longue néfastes, aux lapsus de comportements quotidiens? Pas sûr.

F.D., M.G. et V.J.