

Formation d'une journée, deux dates possibles.

Cela a lieu à l'Espace Malibrant, rue Malibrant 49, 1050 Bruxelles, de 9h30 à 16h30. P.A.F. 200 FB.

Renseignements: Cultures et Santé, avenue de Stalingrad 24, 1000 Bruxelles, tél. 02/513.56.99.

Mémoire

Mons

27 mai 1993

Perfectionnement en gérontologie sur le "Mécanismes et évolution de la mémoire", par M. Vander Linden (chercheur au FNRS, chargé de cours Faculté de Psychologie (UCL)).

Cela aura lieu de 9 à 17h à l'Université de Mons-Hainaut, rue de la Grande Triperie 30-34, 7000 Mons.

Renseignements: CPRTS, tél. : 065/33.56.86.

Femme

Bruxelles

10 juin 1993

Animation sur le thème "Exercice physique - Equilibre psychique", dans le cadre du cycle d'information "Les 7 piliers de la santé" organisé par Vie Féminine (Action Santé).

Cela se passera à l'Espace-Santé de Vie Féminine, place Saint-Antoine 19, 1040 Bruxelles, de 9h30 à 12h.

Renseignements: Jeanine Morenville, Vie Féminine, rue Saint-Christophe 19, 1000 Bruxelles, tél. 02/508.89.55.

Immigration

Paris

24-25 juin 1993

Colloque européen sur la santé des migrants et des réfugiés en Europe.

Renseignements: Migrations-Santé, M. El Moubarak, rue du Louvre 23, F-75001 Paris, tél. 42.33.24.74.

Epidémiologie

Bruxelles

29 juillet au 9 septembre 1993

Cours intensif en Epidémiologie, Statistiques et Informatique appliquées, destiné à des cadres de santé publique, des médecins orientés vers les approches de communauté et l'évaluation des actions sanitaires, des étudiants de 2ème ou 3ème cycle des sciences de la santé ou des chercheurs du secteur bio-médical.

Date limite d'inscription: 1er mai 1993. Frais d'inscription: 80.000 FB.

Renseignements: Ecole de Santé Publique Université Libre de Bruxelles, Professeur R. Lagasse, route de Lennik 808, 1070 Bruxelles, tél. 02/555.40.80.

Epidémiologie

Bruxelles

13 au 17 septembre 1993

Cours intensif en Analyse Multivariée appliquée à l'Epidémiologie, destiné à des statisticiens sanitaires, des cadres de santé publique, des médecins orientés vers les approches de communauté et l'évaluation des actions sanitaires, des étudiants de 2ème ou 3ème cycle des sciences de la santé ou des chercheurs du secteur bio-médical.

Date limite d'inscription: 1er mai 1993. Frais d'inscription: 25.000 FB (ramenés à 15.000 FB pour les participants au Cours Intensif en Epidémiologie, Statistiques et Informatique appliquées décrit ci-dessus).

Renseignements: Ecole de Santé Publique Université Libre de Bruxelles, Professeur R. Lagasse, route de Lennik 808, 1070 Bruxelles, tél. 02/555.40.80.

Obésité

Anvers

19 au 22 septembre 1993

Congrès "La gestion de l'obésité. Des approches scientifiques aux expériences individuelles". Destiné aux chercheurs, médecins, psychologues, infirmiers, diététiciens, ... d'une part, et de l'autre aux obèses et leurs organisations.

Renseignements: Obesitas v.z.w., Bunderbeeklaan 19, 2950 Kapellen, tél. 03/664.17.12.

Emploi - offres

Maison médicale en création sur Saint-Gilles cherche pour collaboration et partage de locaux: gynécologue, pédiatre, psy. Contacter le Docteur M. Roland au 376.16.82.

L'asbl "Les groupes du Pélican" cherche un(e) collaborateur(trice) TCT éducateur, assistant social ou psychologue (de niveau A1 ou universitaire). Pour tout renseignement, contacter Yves Gosselain, "Les groupes du Pélican", rue Montserrat 25, 1000 Bruxelles, tél.: 02/502.08.61.

Emploi - demandes

Graduée en diététique ayant comme formations complémentaires le curriculum d'agent de promotion de la santé, le certificat d'aptitude pédagogique et une formation en communication, souhaite travailler dans le secteur de la santé, Dominique Baudart, rue de l'Enseignement 1, 4020 Liège, tél. 041/44.03.27.

Médecin ayant une formation en santé publique et une longue expérience de journalisme, désire travailler en éducation pour la santé. Anne Hainaux, av. de Foestraets 22/5, 1180 Bruxelles. Tél.: 02/375.76.49.

Licencié en communication sociale, désire faire partager et enrichir une formation polyvalente en communication et information. Jean-Luc Pirard, rue G. Wincqz 85, 7060 Soignies. Tél.: 067/33.62.44.

Education

SANTÉ

AVRIL 1993

77

Réflexions

Le groupe focalisé par Michel Andrien, Muriel Monoyer, Catherine Philippet, Viviane Vierset

p.3

Prévenir l'anxiété par Bernadette Taeymans

p.9

Stratégie

Education pour la santé et P.M.S. par Josette Samray

p.13

Promouvoir la santé sur le terrain communal

par Claude Hubermont

p.17

Initiatives

Campagne "bloque" par Frédéric Maes et Bernadette Taeymans

p.21

Prévention sida

Une solidarité à encourager

p.25

Vu pour vous

Tout sur le Festival de Royan par Michel Demarteau, Eric Vandersteenen et Maryse Wanlin

p.31

L'ALLERGIE COMMENCE AU BERCEAU... SI L'ON N'Y PREND GARDE !



Fondation pour la Prévention des Allergies

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.



N'oubliez pas de nous renvoyer votre bulletin de réabonnement p. 37

■ Votre revue gratuite, à quel prix?

Education Santé est distribuée nominativement. Etant donné le caractère gratuit de la revue, bien que cela ne soit pas obligatoire dans le cadre de la mission qui nous est confiée, cela évite des gaspillages.

La distribution nominative moyenne était de 2.025 exemplaires en 1992. Cette moyenne cache des écarts importants. En effet, toujours pour éviter les gaspillages, nous avons procédé l'an dernier à une mise à jour de notre fichier d'abonnés, en vous demandant de nous confirmer votre intérêt pour Education Santé. Cette opération a été réalisée aux mois de février et mars 1992. Le nombre d'abonnés est passé alors de 2.700 à 1.500, pour remonter ensuite régulièrement jusqu'à 2.250 en fin d'année.

A l'heure actuelle, nous dépassons à nouveau les 2.500 abonnés.

La qualité se paie

Nous savons que vous appréciez l'outil que nous vous offrons 10 fois par an, et nous essayons de l'améliorer en permanence, que ce soit par la recherche de textes de qualité, la publication d'un grand nombre de suppléments, le rafraîchissement régulier de la mise en page (Education Santé a un look légèrement différent depuis le mois de janvier), ou encore en recourant régulièrement à la quadrichromie pour la couverture.

Cela est relativement coûteux, vous vous en doutez. Le problème vient de ce que la subvention que nous alloue la Communauté française, si elle subit chaque année une légère indexation, ne fluctue malheureusement pas en fonction de l'augmentation des frais qu'entraîne inévitablement la progression du nombre des abonnés et, si possible, de la qualité de la publication. Ainsi, l'an dernier, le coût de la mise en page, de l'impression et de l'expédition d'Education Santé a largement dépassé le million de francs.

Amélioration de la diffusion

Notre objectif général reste de fournir au maximum de personnes susceptibles d'être des relais actifs en éducation pour la santé les informations et les outils dont elles peuvent avoir besoin.

La mise à jour prochaine du fichier nous permettra sans doute de réduire une nouvelle fois le nombre des abonnés tout en assurant une diffusion optimale de la revue auprès des gens intéressés, et en permettant à de nouveaux abonnés d'accéder à notre publication.

Le cas particulier des abonnés étrangers

Nous avons, au 28/2/93, 242 abonnés à l'étranger (contre 119 fin 90, 159 fin 91, 223 fin 92). Bien que nous ne fassions pas de promotion vers l'étranger tant que l'abonnement reste gratuit, nous acceptons volontiers cette source d'échanges intéressants.

D'autre part, notre soutien au développement du Réseau francophone international pour la promotion de la santé, avec un numéro spécial en mars 1992 et un autre en mars 1993 explique en partie cette forte progression de nos abonnés étrangers.

Signalons à cet égard que 2/3 de ces abonnés proviennent de France, et plus de 90% de pays ou régions francophones.

La diffusion de la revue à l'étranger représente une charge importante, de l'ordre de 230.000 FB par an (frais de production et de routage). Nous espérons obtenir en 1993 l'appui du Commissariat Général aux Relations Internationales (CGRI).

En résumé, je vous invite de toute façon à nous renvoyer le plus vite possible le bulletin de réabonnement que vous trouverez à l'intérieur d'Education Santé!

Christian De Bock, rédacteur en chef

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

Rédacteur en chef: Christian De Bock.

Conseiller de la rédaction: Jacques Henkinbrant.

Secrétaire de rédaction: Bernadette Taeymans.

Secrétaire de rédaction adjoint: Robert Bontemps.

Rédaction, documentation, abonnements: Maryse Van Audenhæge.

Comité de rédaction: Pierre Anselme, Martine Bantuëlle, Robert Bontemps, Christian De Bock, Alain Deccache, Michel Demarteau, Jacques Henkinbrant, Roger Lonfils, Vincent Magos, Thierry Poicet, Marianne Prévost, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Eric Vanderstéenen. Invitée: Raphaëlle Kerstenne.

Editeur responsable: Jean Hallet.

Maquette: Philippe Maréchal.

Composition, photogravure et impression: Economat ANMC.

Tirage: 2.900 exemplaires.

Diffusion: 2.600 exemplaires.

ISSN: 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

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

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

Femme Bruxelles

22 avril 1993

Animation sur le thème "Elimination", dans le cadre du cycle d'information "Les 7 piliers de la santé" organisé par Vie Féminine (Action Santé).

Cela se passera à l'Espace-Santé de Vie Féminine, place Saint-Antoine 19, 1040 Bruxelles, de 9h30 à 12h.

Renseignements: Jeanine Morenville, Vie Féminine, rue Saint-Christophe 19, 1000 Bruxelles, tél. 02/508.89.55.

Immigration Bruxelles

23 avril 1993

Formation sur le thème "Hygiène et culture", destinée à toute personne qui désire se familiariser avec les éléments culturels propres aux personnes peu scolarisées et/ou aux familles marocaines et turques, en ce qui concerne la perception du corps et de la santé.

Cela a lieu à l'Espace Malibrant, rue Malibrant 49, 1050 Bruxelles, de 9h30 à 16h30. P.A.F. 200 FB.

Renseignements: Cultures et Santé, avenue de Stalingrad 24, 1000 Bruxelles, tél. 02/513.56.99.

Soins palliatifs Archennes

24 et 25 avril, 15 et 16 mai 1993

Formation à l'accompagnement des personnes en fin de vie, organisée par l'association Domus. Les journées se déroulent de 9h30 à 17h.

Renseignements: M.P. Mandy, 010/86.70.08 ou 010/84.15.55 de 9 à 12h.

Santé Charleroi

27 avril 1993

Conférence tout public sur le thème "Mieux respirer - mieux vivre" organisée par Aimée Biernaux et l'Union des anciens étudiants de l'ULB.

Cela se déroule à 19h30 à l'Espace Santé, avenue de la crèche 13, 6061 Montignies-sur-Sambre. L'entrée est

gratuite. Pour tout renseignement, téléphoner au 071/27.98.11.

Psychologie Ophain

28 et 29 avril 1993

Conférence (le mercredi 28 avril à 19h30) et séminaire (le jeudi 29 avril de 9 à 17h) sur le thème: "Deuils, rites, séparations,... leur place dans la société et dans l'institution". Lieu: Village n°1 Reine Fabiola, salle Martine Baron, Ophain-Bois-Seigneur-Isaac.

Renseignements: Madame Dominique Cambron, 02/386.07.41.

Couple Charleroi

28 avril 1993

Conférence-débat sur le thème "la clinique du couple" organisée par le Centre de consultations conjugales et familiales et l'Association freudienne de Belgique.

Titre: "le couple et le désir d'enfant" par N.Stryckman, psychanalyste et criminologue.

Cela s'adresse aux couples, étudiants et professionnels de la santé.

Cela se déroule à 20h., à la Maison de la culture, boulevard Audent 29, 6000 Charleroi

P.A.F.: 200 FB; étudiants: 100 FB

Pour tout renseignement complémentaire, s'adresser à l'asbl Centre d'information et de consultations sexologiques matrimoniales et familiales, Bld Janson 37, 6000 Charleroi, Tél.: 071/32.88.44.

Soins palliatifs Bruxelles

29 avril 1993

Réflexion sociologique sur le développement des soins palliatifs en Belgique, par Madeleine Moulin, codirecteur du Centre de Sociologie de la Santé, Institut de Sociologie, ULB.

Cela se passe au Vieux Saint Martin, Grand Sablon 38, 1000 Bruxelles, de 20h30 à 22h. P.A.F.: 200 FB (étudiants: 100 FB).

Renseignements: CAM, Bd de Waterloo 106, 1000 Bruxelles. Tél.: 02/538.03.27.

Psychologie Bruxelles

10-11 mai 1993

Deux journées de formation à l'affirmation de soi: "Pourquoi dire oui alors que vous avez envie de dire non?". Prix: 3.900 FB.

Renseignements: Isabelle Goodman, 02/646.01.05

Femme Bruxelles

13 mai 1993

Animation sur le thème "Sommeil", dans le cadre du cycle d'information "Les 7 piliers de la santé" organisé par Vie Féminine (Action Santé).

Cela se passera à l'Espace-Santé de Vie Féminine, place Saint-Antoine 19, 1040 Bruxelles, de 9h30 à 12h.

Renseignements: Jeanine Morenville, Vie Féminine, rue Saint-Christophe 19, 1000 Bruxelles, tél. 02/508.89.55.

Education pour la santé Amsterdam

24 - 26 mai 1993

3ème conférence européenne de l'Union Internationale d'Education pour la Santé. Le thème: éducation pour la santé et mass media - comment communiquer efficacement.

Renseignements: Centre néerlandais de Promotion et d'Education pour la Santé/Bureau régional pour l'Europe de l'UIES, BP 5104, NL-3502 Utrecht, Pays-Bas. Tél.: 31.30.910244. Fax: 31.30.964082.

Immigration Bruxelles

25 et 28 mai 1993

Formation sur le thème "Information sexuelle et cultures", destinée à toute personne qui désire se familiariser avec les éléments culturels propres aux personnes peu scolarisées et/ou aux familles marocaines et turques, en ce qui concerne la perception du corps et de la santé.

■ Le groupe focalisé (focus group)

Une méthode qualitative de recueil d'informations

Dans sa vision contemporaine, le groupe focalisé (*focus group*), forme particulière d'interview de groupe, est destiné à obtenir des informations sur ce que des individus pensent et ressentent à propos d'un phénomène donné. Il s'agit d'une interview limitée à un petit nombre de sujets, qui seront discutés par une dizaine de personnes. Le caractère groupal de cette interview permet d'obtenir des informations riches de sens, des informations qui relèvent autant, sinon plus, des processus émotionnels que de la sphère rationnelle de l'homme.

La dynamique du groupe crée des interactions entre les participants. Ces interactions permettent d'obtenir des réponses diverses et profondes et aident à saisir les raisons latentes d'une conduite.

Repères historiques

Sous l'appellation d'"interview focalisée", la technique du groupe focalisé (ou *focus group* ou groupe d'étude en profondeur) remonte à la deuxième guerre mondiale. C'est en effet en 1941 que le sociologue Paul Lazarsfeld invita Robert Merton, autre sociologue, à l'Office de recherche sur la radiodiffusion de l'Université de Columbia. Ce dernier assista à une évaluation de programmes de radio en groupe.

Après avoir écouté quelques programmes, les membres de l'auditoire étaient invités à discuter ce qu'ils y trouvaient de positif et de négatif, puis à expliquer les raisons de ces réactions (1).

Ainsi commença l'histoire du groupe focalisé.

Fort de cette expérience, Merton et ses collègues appliquèrent cette technique quand le gouvernement des Etats-Unis les engagea à évaluer le moral des militaires (2). Plus tard, Merton adapta également la

technique de focalisation à l'interview individuelle (3). La méthode, tant en groupe qu'en interview individuelle, se propagea. La procédure fut modifiée selon les besoins propres aux chercheurs et fut fusionnée avec d'autres types d'interviews.

Le groupe focalisé perdit de son intérêt pour le milieu académique après la deuxième guerre mondiale. Les scientifiques sociaux se préoccupèrent davantage de procédures quantitatives basées sur la méthodologie statistique que de méthodes qualitatives. Ceci explique peut-être l'oubli relatif dans lequel tomba cette méthode de recueil de données.

Le groupe focalisé entra dans le monde des affaires et de l'industrie dans les années '60. La compétition des industries, les concepts de qualité, de service et de valeur rendaient en effet nécessaire un accord avec les consommateurs. La haute validité des groupes focalisés et de leurs applications pratiques fut mise au service du marketing commercial: cette méthode se révéla particulièrement appropriée à l'étude du comportement des consommateurs.

Le groupe focalisé prouva ainsi son utilité à travers le monde de la publicité; il produisait des résultats concluants et pour un coût modéré (4).

Durant ces trois dernières décennies, les scientifiques sociaux ont apporté de nouvelles contributions à la méthodologie du groupe focalisé. S'intéressant à nouveau à la richesse des recherches qualitatives, ils ont appliqué des procédures systématiques et vérifiables à l'analyse des données qualitatives du groupe focalisé. Ils ont enlevé une large part de subjectivité à l'analyse des données recueillies de cette façon.

Durant les années '80, dans la mouvance du marketing social, le groupe focalisé a été utilisé dans le cadre de la préparation de pro-

grammes d'éducation pour la santé tant aux Etats-Unis que dans les pays en développement (5). La méthode a notamment été utilisée dans le cadre de la préparation des campagnes de promotion de la vaccination ou de la réhydratation par voie orale, orchestrées par l'UNICEF dans les pays en développement. Elle a donné des résultats intéressants: elle a en effet permis aux planificateurs de programmes sociaux de comprendre les mobiles les plus intimes de ces conduites liées à la santé. Elle leur a permis de bâtir des programmes de communication sur des bases plus solides qu'auparavant.

Grâce aux apports de la recherche et de ses applications sociales et commerciales, le groupe focalisé est devenu une méthode d'investigation qualitative de premier choix, et ce, dans des contextes culturels très variés. Elle permet en effet d'obtenir des informations valables, à moindre temps et à moindre coût.

Description de votre fonction:

Sciences de la santé:

- infirmier
- médecin
- autre profession paramédicale:

Sciences humaines et sociales:

- assistant social
- sociologue
- autre profession:

Enseignement:

- enseignement maternel
- enseignement primaire
- enseignement secondaire; précisez:
- enseignement supérieur; précisez:

Etudiant en:

Autre:.....

Précisez éventuellement le domaine de l'éducation pour la santé qui vous intéresse principalement:

.....

En cas de passage à une formule payante...

- Je renoncerais à mon abonnement
- Je serais prêt(e) à payer francs par an (10 numéros)

Merci pour votre collaboration!

1) STEWARD, D.W., SHAMDASANI, N., *Focus groups, Theory and practice*, Newbury Park, California, Sage, Applied social research methods series, vol. 20, 1989.

(2) MERTON, R.D., FISKE, M., CURTIS, A., *Mass persuasion*, New York, Harper and Row, 1946.

(3) MERTON, R.D., FISKE, M., KENDALL, P.L., *The focused interview*, New York, Free Press, 1956.

(4) Cf., entre autres, KRÜEGER, R.A., *Focus group interviewing: new strategies for business and industry*, in *New directions for program evaluation*, n° 49 (1991): 41-49.

BELLENGER, D.N., BERNHARDT, K.L., GOLDSTUCKER, J.L., *Qualitative research in marketing*, Chicago, American Marketing Association, 1976.

ANTILLA, S., SENDER, H., *Getting customers in focus*, in *Business Month*, 119, 5 (1982): 73-80.

(5) Deux ouvrages fondamentaux de marketing social font référence à la méthode du groupe focalisé:

MANOFF, R.K., *Social marketing: a new imperative for public health*, New York, Praeger Publishers, 1985.

KOTLER, Ph., ROBERTO, E.L., *Social marketing, Strategies for changing public behavior*, New York, Macmillan Free Press, 1989.

Méthodologie

Le groupe focalisé s'apparente à l'interview de groupe par la collecte d'informations ascendantes - recueillir des informations d'un groupe - et s'oppose à la distribution d'informations descendantes - donner des informations à un groupe. Tout comme l'interview de groupe, le groupe focalisé ne recherche ni le consensus (en vue d'une prise de décision) ni à faire valoir un point de vue (dans le cadre d'un débat).

Les données récoltées dans le cadre d'un groupe focalisé nous renseignent sur les opinions, les croyances, les perceptions, les attitudes d'un groupe, sur ses représentations et ses réticences par rapport à un sujet précis.

Ainsi, le groupe focalisé nous aide non seulement à connaître l'existence de certains comportements, mais aussi à comprendre le "pourquoi" et le "comment" de ces comportements. Il peut nous donner également les moyens de les modifier (s'il est pertinent de le faire). En deux mots, le groupe focalisé nous permet de comprendre pourquoi les gens agissent comme ils le font.

Comme le souligne G. Simard, "les indices sur les facteurs qui influencent le comportement et la poursuite d'objectifs sociaux en règle générale sont plus aisés à obtenir avec des méthodes qualitatives" (6). Au rayon des méthodes qualitatives, le groupe focalisé occupe une place de choix.

Son cadre méthodologique est aujourd'hui bien connu (7).

Quand l'utiliser?

Le groupe focalisé peut être utilisé pour répondre à quatre types de questions:

- quand on veut identifier et définir un problème;
- quand on veut analyser les besoins d'une population: les résultats du groupe focalisé sont intéressants par eux-mêmes, mais ils permettent en outre de construire de bons questionnaires d'enquête;
- quand on veut tester des projets d'intervention, sonder, par exemple,

les réactions d'un groupe face à une affiche publicitaire pour un message, face à un spot TV...

- quand on veut évaluer l'efficacité d'un programme.

Comment constituer les groupes?

A l'intérieur du public visé par l'enquête, il convient de constituer des groupes relativement homogènes selon des critères imposés par la nature de la recherche.

Le critère d'homogénéité a deux raisons d'être:

- il permet de recueillir des données spécifiques à un groupe cible très précisément déterminé par des critères pertinents pour la recherche proprement dite. Par exemple, les groupes de jeunes femmes (15 à 25 ans) n'auront pas les mêmes besoins que les groupes de femmes mûres (25 à 40 ans) par rapport au sport;
- les groupes homogènes sont davantage libérateurs de parole.

Le nombre idéal varie entre 6 et 12 personnes. L'interaction entre les personnes encourage des réponses riches et diversifiées, mais s'il y a plus de 12 personnes, l'animateur peut très difficilement gérer les interactions.

L'interview de groupe révèle des comportements, des attitudes non visibles dans une interview individuelle. En plus de cela, il facilite l'association d'idées, la stimulation mutuelle, il donne l'occasion de s'exprimer face à des personnes qui sont dans le même cas. Un point très important qui parfois échappe: l'anonymat est de rigueur.

Les répondants ne connaissent pas à l'avance les sujets précis, ceci afin qu'ils ne puissent se documenter sur la question. On leur indique le sujet dans sa globalité. Cette précaution nous permet de sonder les attitudes profondes des participants et non des connaissances superficielles.

L'idéal est qu'ils ne se connaissent pas entre eux, car il peut se créer des sous-groupes d'affinités avec ce que cela entraîne au niveau de la "pression à la conformité". Celle-ci crée

une barrière à la liberté de parole.

Il est indispensable de considérer chaque participant comme expert de son expérience de vie et c'est en cela qu'il peut nous aider. Mais il faut éviter d'inclure dans le groupe un "expert" sur le sujet d'étude. Une diététicienne ne pourra pas faire partie d'un groupe focalisé sur l'allaitement maternel (excepté dans le cas où le groupe focalisé regrouperait précisément des diététiciennes). La spontanéité des participants en sera plus grande et le risque de voir "l'expert" monopoliser la parole à des fins informatives en sera amoindri.

Comment élaborer le guide d'entretien?

Il n'est pas possible d'élaborer un guide d'entretien si les questions de départ n'ont pas été posées clairement.

Sur cette base seulement, un guide d'entretien va être élaboré qui prévoira une discussion en quatre étapes:

- (1) Présentation des participants: cette présentation se fait en rapport avec le thème: si l'on va parler de la santé des enfants, chacun(e) sera invité(e) à dire le nombre de ses enfants, leur âge, etc.
- (2) Introduction générale du thème: la discussion commence sur un mode peu impliquant, on aborde le thème de façon très large: "Quels problèmes de santé avez-vous connus avec vos enfants ces derniers temps?"
- (3) Développement des sujets: les sujets précis vont être abordés dans un ordre qui dépendra du groupe lui-même, mais chaque sujet sera abordé en spirale (du général au particulier): "Votre enfant a-t-il eu la rubéole? L'avez-vous vacciné contre cette mala-

(6) SIMARD, G., *La méthode du "focus group"*, Laval, éd. Mondia, 1989.
 (7) Outre les ouvrages déjà cités, nous nous référons à l'article de FOLCH-LYON E. et TROST J.F., *Conducting focus group sessions, in Studies in family planning, vol. 12, nr 12 (1981) : 443-449.*

Bulletin de réabonnement à Education Santé (77- avril 93)

(à renvoyer à Education Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles)

Souhaitant mettre à jour notre fichier d'abonnés, nous vous prions de bien vouloir nous renvoyer ce bulletin, même si vous êtes abonné(e) depuis peu de temps.

Veillez aussi remplir la partie relative à la description de profession ou de fonction au dos de cette page: ainsi nous vous connaissons mieux, ce qui nous permettra d'encore mieux orienter notre revue vers vos centres d'intérêt.

Nous vous demandons aussi de nous préciser le prix que vous êtes prêt(e) à payer si nous devons passer à une formule payante...

NOM et PRENOM.....

ADRESSE où la revue doit être envoyée:

M. - Mme - Mlle

- Cette adresse est
- privée
 - professionnelle

LIEU D'ACTIVITE (nom et adresse de l'institution si ces données diffèrent de celles mentionnées ci-dessus):

PROFESSION ou FONCTION (voir au verso)

Remarque: si vous utilisez ce bulletin pour vous abonner pour la première fois à notre revue, veuillez le signaler.

puisque il y a bien eu un recensement et une sélection des productions européennes en promotion de la santé.

Ce Festival a également favorisé des échanges d'expériences en matière de productions audiovisuelles dans le domaine de l'éducation pour la santé même si, comme nous l'avons souligné auparavant, l'organisation de ces échanges pourrait être améliorée dans l'avenir.

Des recommandations (voir précédemment) ont été élaborées à l'égard des Pays Membres et de la Commission des Communautés européennes "en vue de rappeler à chacun leurs responsabilités quant à la mise à disposition et à l'actualisation de matériel audiovisuel véhiculant un message à la fois positif et réaliste" (extrait de l'allocution de Trefor Williams expert auprès de la C.E.).

Je laisse Anny Closset vous les commenter: "D'une manière générale, les recommandations concernent les fonctions que les deux domaines, audiovisuel et promotion de la santé, devraient assurer pour mieux "parler santé". Comme toutes recommandations qui se respectent, celles de Royan se veulent générales et applicables par tous les Etats Membres. Mais seront-elles appliquées? Face à la disparité des productions présentées, on peut en effet, sans trop se tromper, avancer que oui, peut-être, un peu, beaucoup, elles le seront, ou carrément en douter. Par exemple, peut-on espérer qu'un jour plus aucune cigarette ne sera grillée sur les écrans de télévision? (recommandation 2). Pour ma part, je regrette qu'aucune recommandation n'ait concerné la nécessité d'une collaboration entre professionnels de la communication et de la santé. Qu'aucune proposition n'ait été formulée par rapport à d'éventuels critères de qualité de produits audiovisuels (n'était-ce pas un des objectifs du festival?). Qu'on n'ait pas replacé l'audiovisuel dans la constellation des canaux de communication, ignorant ainsi les stratégies multimédias".

Il est certain que la qualification du participant a joué un rôle très im-

portant dans le regard qu'il a posé sur le déroulement du Festival et dans son degré de satisfaction. Les chasseurs de nouvelles productions audiovisuelles ont sûrement été enchantés de visionner autant de vidéogrammes de qualité. Cependant, il serait intéressant de voir ce que chacun a pu emporter dans sa valise: la langue et la culture n'ont-elles pas été des critères d'exclusion? On peut se poser la question: un Festival francophone ne serait-il pas plus rentable et adéquat en ce qui nous concerne?

L'opinion d'une réalisatrice est également pleine d'enseignement. Dominique Filée, réalisatrice du film "Je mange bien à l'école" et chercheuse au C.E.R.E.S. (Centre d'enseignement et de recherche en éducation pour la santé) nous la livre: "Ce genre de rencontre me semble tout à fait intéressant car il permet de se rendre compte des tendances de l'utilisation des vidéogrammes en éducation pour la santé. Cette diversité se marque aussi bien dans les formats (du spot à la fiction longue), dans les genres (documents méthodologiques, témoignages, reportages, dessins animés...), dans les thèmes privilégiés (sida, nutrition, assuétudes...). Dans un cadre européen, on perçoit mieux les différences de tonalités données aux messages dans les multiples cultures qui composent le vieux continent. Il est manifeste que les anglo-saxons n'abordent pas les problèmes de santé de la même manière que les latins, et que l'éducation du public se fait tantôt par l'humour, la douceur, la peur, la dérision,... suivant la sensibilité que chacun a par rapport aux choses. Se pose alors le problème de la transférabilité...".

Et les utilisateurs potentiels de ces productions? Peut-être les moins enthousiastes et les plus déçus tout compte fait!

Toute expérience novatrice n'a pas la prétention d'être parfaite du premier coup; il reste toujours pas mal de détails à figoler dans l'avenir, voire de nouvelles orientations à prendre.

Espérons que les défauts que nous avons mis en évidence ici (et qui

ont dû transparaître dans le questionnaire d'évaluation qui nous a été remis à la fin du Festival) permettront au prochain comité organisateur d'améliorer la qualité du futur Festival et de répondre plus adéquatement aux souhaits de chacun.

Jeanne Marie Delvaux suggère une expérience intéressante à tenter, qui consisterait à projeter un ensemble de films de cultures différentes sans le son, avec pour objectif de réfléchir à ce que l'image apporte de spécifique dans la démarche d'éducation pour la santé! Pourquoi pas?

Quoi qu'il en soit, pour certains d'entre vous, peut-être à bientôt en Italie (lieu du prochain Festival) ou pour les plus mordus à Amsterdam (1) le mois prochain pour ce qui pourrait être un prolongement intéressant à ce premier Festival des audiovisuels en Education pour la Santé.

Docteur Maryse Wanlin, Chef de projet adjoint du Centre de Coordination Communautaire en éducation pour la santé ■

die? Pourquoi pas? Que pensez-vous de cette vaccination? Pourquoi la craignez-vous? Que peut-il arriver à votre enfant à la suite de cette vaccination? Qu'est-ce qui vous fait croire ça?..."

(4) Clôture: la fin de la discussion (une fois que tous les sujets auront été abordés) sera l'occasion de formuler une brève synthèse et de poser une dernière question ouverte, avant de remercier les participants.

Comment inviter les participants?

En choisissant la date et l'heure du groupe focalisé, il est primordial de prendre en compte les possibilités et les limites imposées par le travail, les enfants, le mode de vie des participants.

Il faut prévoir un lieu d'ambiance agréable et facile d'accès.

Si l'on fait la demande de participation par courrier, il y a lieu de noter l'endroit, l'heure, le sujet défini globalement, la méthode d'interview de groupe, la motivation qui les amènera éventuellement à s'y rendre (démarrage financier, conférence sur le sujet après l'interview, implication au sein de l'action, etc.). Cette invitation demande beaucoup d'attention; c'est grâce à elle que les participants seront là ou non...

Après l'envoi du courrier, une communication téléphonique s'impose pour confirmer votre demande et convaincre votre interlocuteur de participer!

Comment animer un groupe focalisé?

Il s'agit d'un entretien semi-directif, d'une durée approximative d'une heure à une heure trente. L'animateur doit savoir utiliser le guide d'une façon souple, en suivant le groupe si celui-ci aborde les sujets dans un ordre différent de l'ordre initialement prévu. Il doit cependant éviter de laisser le groupe s'engager dans des débats qui sortent du thème à traiter.

L'animateur doit amener le groupe à approfondir sans cesse les sujets. La question "pourquoi?" et ses corollaires reviendront souvent dans son vocabulaire.

L'animateur doit sans cesse être à l'écoute du groupe, pour saisir les occasions d'approfondir une opinion émise. Il doit laisser à son secrétaire le soin de noter et les avis exprimés et la façon dont ils ont été exprimés. La mise en route d'un magnétophone dès le début de la séance (en prévenant les membres du groupe) facilitera l'exploitation des données par la suite.

L'animateur n'intervient pas sur le fond, il suscite les questions et les réponses. Il est important de le signaler au début de l'entretien et de le rappeler si nécessaire.

Trois qualités affinent l'animation: l'humour, l'empathie et la délicatesse.

Comment exploiter les résultats des groupes focalisés?

Il faut insister sur l'aspect qualitatif de ce recueil de données. L'erreur la plus courante lors de l'exploitation des résultats consiste à écrire: "La majorité des personnes pensent que..." ou encore "Tel pourcentage de la population estime que...". Des groupes focalisés, on retire une meilleure compréhension des problèmes et non un tableau statistiquement représentatif des caractéristiques de la population étudiée.

Parfois, c'est l'opinion émise par une seule personne au cours d'une séance qui se révélera la plus utile dans l'élaboration de l'intervention de communication. Dans d'autres cas, des commentaires ou des attitudes face à une opinion émise par un membre du groupe se révéleront les plus féconds.

Le rapport d'une étude réalisée à l'aide de groupes focalisés n'est donc pas forcément très long. Il doit aider les concepteurs de l'intervention de communication à comprendre pourquoi les gens se comportent d'une certaine manière, quelles sont leurs raisons profondes. Il doit apporter du "nouveau" dans la compréhension des phénomènes.

Les données quantitatives sur les phénomènes observés, pour autant qu'elles soient nécessaires, seront recueillies à l'aide d'autres outils d'enquête. Dans ce cas-là, les

groupes focalisés auront notamment servi à élaborer le questionnaire. Ils peuvent aussi être utilisés après une enquête quantitative pour faciliter l'interprétation des données recueillies.

Quelques illustrations

Le CERES, Centre d'Enseignement et de Recherche en Education pour la Santé de l'Université de Liège, a participé à plusieurs programmes qui ont utilisé le groupe focalisé comme méthode de recueil de données. Cette expérience a été forgée dans un premier temps sur le terrain africain, dans un second temps dans notre pays.

Le contexte social et culturel est ainsi apparu comme une variable importante dans l'élaboration d'une méthodologie du groupe focalisé. En Afrique noire, "la technique du groupe focalisé se rapproche un peu de la pratique de la palabre africaine" (8): les habitants d'un village se réunissent volontiers à l'invitation d'un animateur pour discuter ensemble d'un problème qui les touche. Dans nos sociétés occidentales, les modes de communication sont davantage médiatisés; on sacrifie difficilement une soirée "familiale" devant son téléviseur pour une discussion de groupe!

Le groupe focalisé peut être utilisé dans divers contextes culturels, moyennant une adaptation aux caractéristiques propres à chacun d'eux.

La carence en iode au Togo

Au Togo, l'une de nous a utilisé la méthode du groupe focalisé dans le cadre de la préparation d'un programme de lutte contre la carence en iode (9). Cette affection, qui se

(8) KALE, K., *Le focus group, avenir d'une technique de collecte de données*, in *Nouvelles du RENA*, nR 5 (novembre 1988): 5-6.

(9) PHILIPPET, C., *Analyse des besoins éducatifs liés aux troubles dus à la carence en iode (TDCI) dans une région de Togo*, Université de Liège, mémoire de licence en sciences de l'éducation, année 1990-1991.

traduit de façon spectaculaire par l'apparition d'un goitre chez des personnes qui en sont atteintes, touche une proportion importante de la population dans les régions d'altitude éloignées de la mer. Le trouble le plus grave est la diminution des capacités intellectuelles des personnes qui, à un âge précoce, ont souffert de carence en iode. Notre intervention visait à mieux comprendre les attitudes de la population face à ce problème de santé publique, afin d'orienter les composantes de communication du programme national de lutte contre la carence en iode (10).

Pour effectuer le travail, cinq villages ont été sélectionnés dans une région centrale du Togo, là où la prévalence du goitre est assez élevée.

Premier problème rencontré: celui de la langue dans laquelle allaient avoir lieu les entretiens. Pour pallier cette difficulté, des agents du service régional d'éducation pour la santé ont animé les groupes focalisés et en ont assuré le secrétariat. Cette équipe étant déjà familiarisée avec la méthode, aucune formation n'a été nécessaire. Une première traduction en commun du guide d'entretien et quelques mises au point à la fin de chaque séance ont permis de résoudre les problèmes d'animation et de traduction.

Ce guide d'entretien avait été préparé en fonction d'hypothèses rassemblées lors d'un travail préliminaire.

Afin d'entrer en contact avec la population, après avoir obtenu la per-

mission du chef de village, nous nous rendions dans le centre de santé et dans l'école. Les enseignants et les agents de santé, aidés par les membres des comités villageois de développement, étaient chargés de convoquer la population à une date fixée.

Cette procédure a permis d'obtenir l'adhésion du village à notre travail: nous nous garantissons ainsi la présence d'un nombre suffisant de personnes pour effectuer les groupes focalisés.

Le jour venu, une partie de la population du village était rassemblée au centre de santé. Après les remerciements et les explications d'usage sur notre présence et la collaboration que nous attendions d'eux, nous organisons les groupes.

Ces groupes étaient constitués en fonction de critères précis afin d'assurer une certaine diversité et donc la richesse de nos résultats, mais aussi en fonction de ce que nous pensions pouvoir rencontrer comme population (exemple: la prévalence du goitre étant plus élevée chez la femme, nous avons décidé de sélectionner plusieurs groupes de femmes goitreuses). Les écoliers, quant à eux, étaient rassemblés dans l'école. La constitution des groupes fut donc très facile, par choix aléatoire d'élèves entre 10 et 12 ans dans différentes classes.

Vingt-trois groupes focalisés ont ainsi été réalisés selon le tableau suivant.

Les séances étaient enregistrées afin de permettre une retranscription textuelle des réponses par le secrétaire du groupe en fin de journée.

Il faut souligner ici l'importance des relations entre l'équipe d'animation et la population. Dans ce contexte, la mobilisation de la population pour participer aux groupes a été accrue par le fait que celle-ci connaissait l'équipe d'animation et lui témoignait une grande confiance, ce qui a également facilité la communication et la liberté d'expression dans les groupes.

De plus, la population était sensibilisée au problème dont nous l'entretentions, ce qui la motivait à répondre.

Les enquêtes par groupes focalisés, complétées par la réalisation d'un modèle causal, d'une revue de la littérature sur la question et d'enquêtes par questionnaires auprès des enseignants et des agents de santé de la région, nous ont permis de proposer quelques orientations pour le programme de communication.

Ainsi, les groupes focalisés ont, par exemple, montré que le goitre est perçu négativement tant par ceux qui le portent que par les autres membres de la communauté. On peut donc penser qu'un programme destiné à éliminer le goitre, symptôme de la carence en iode, sera mieux accepté dans cette société que dans les sociétés où il est considéré comme un attribut esthétique.

L'allaitement maternel au Maroc

Au Maroc, l'un de nous a participé à l'élaboration d'une stratégie nationale d'éducation nutritionnelle, dont une composante est la promotion de l'allaitement maternel. Il est en effet établi que l'allaitement maternel connaît une importante régression au Maroc, en particulier dans les grands centres urbains.

(10) DOH, A., Programme de lutte contre les troubles dus à la carence en iode (TDCI), Lomé, Ministère de la Santé Publique, avril 1990.

mis pas mal de gens de mauvaise humeur.

De plus, le manque de temps "chronique" engendré par un programme surchargé (près de 90 films à visionner) a été également responsable de pas mal de frustrations. Comme le dit Cristine Deliens: "Impossible d'arriver à un véritable débat d'échanges sur les films ou sur les expériences d'éducation pour la santé réalisées soit à partir d'un audiovisuel soit au travers de la réalisation d'un audiovisuel par les jeunes par exemple."

En tant que membre de plusieurs jurys (il y en avait un par séance de visionnement), j'ajouterais que mes difficultés et ... frustration ont été de coter des films présentés hors de la démarche globale d'éducation pour la santé qu'ils sous-tendaient. C'est un peu comme si on leur retirait une partie de leur substance! De plus, comment juger le critère "compréhension du message" alors que les films dans leur majorité étaient réalisés dans une langue étrangère, ou celui de "transférabilité" alors que la différence de cultures était si flagrante.

Que penser aussi des votes émis par le public ou par les jeunes sans la moindre démarche préalable de "standardisation" des différents critères de sélection.

A ce compte-là, on peut se poser des questions sur le palmarès du Festival. Est-il par exemple normal qu'un film racontant l'histoire de la pomme de terre (dessin animé très humoristique, certes, et très bien réalisé) ait été classé premier pour la thématique "Nutrition"?

Et les jeunes ... ce public privilégié de l'outil audiovisuel (la majorité des films s'adressaient à eux) et de ce Festival (le prix du meilleur film pour les jeunes a été attribué en fonction de leur avis)? Cristine Deliens nous en parle en ces termes "A ce Festival, ils étaient représentés en grande partie par la jeunesse royannaise des lycées: ils se sont vus "mendier" un avis et s'ils ne l'exprimaient pas derechef, se faisaient "tirer l'oreille" par quelque notable du coin, gêné de ce manque de répondant devant l'assemblée

d'"étoiles" constituée par "les douze". Inutile d'ajouter que le dialogue a été plutôt muet!"

Frustrations également au sein des ateliers.

Jeanne Marie Delvaux (Services E.S.P.A.C.E. Santé, FMSS/FPS Liège) rapporte: "Ce fut le Festival de la "gestion de la frustration", notre appétit était grand, les ingrédients alléchants mais le temps compté. Il a donc fallu choisir, le dilemme fut permanent. Cependant, au-delà de ce dilemme et malgré les difficultés techniques évidentes liées aux traductions ou à ce diable de magnétoscope qui fonctionne un quart d'heure plus tôt mais plus au moment où il le faudrait, les intervenants référents des ateliers auxquels j'ai assisté étaient de grande qualité et avait un contenu à communiquer.

Par exemple, dans l'atelier consacré à la mise en place des programmes, il est apparu que la réceptivité du public prend le pas sur le désir du producteur. Cette réceptivité permet de mettre en évidence les priorités pertinentes et l'inscription de l'outil vidéo dans un programme d'ensemble.

L'utilisation de la vidéo par et pour les groupes communautaires, débattue dans un autre atelier, semble trouver sa meilleure "rentabilité" dans les situations où la vidéo est la création du groupe cible. La vulgarisation du camescope, plus proche des personnes, entraîne une appropriation de leur propre image qui peut être source d'un travail intéressant.

L'évaluation des audiovisuels abordée dans un autre atelier a fait émerger des points forts d'appréciation mais les critères d'évaluation qui doivent leur être liés devraient être encore travaillés."

Anny Closset de l'I.C.A.N. (Institut Communautaire de l'Alimentation et de la Nutrition) déplore tout comme sa collègue les conditions matérielles dans lesquelles se sont déroulés certains ateliers. Jugez plutôt: "Les échos sonores d'un autre atelier (la salle avait été scin-

dée en deux parties), les animateurs juchés sur une estrade et plus préoccupés d'exposer leur matière que de susciter la participation du public, les chuchotements d'un traducteur qui s'adressait à deux ou trois personnes assises au premier rang... Dans ces conditions, peut-on encore parler d'atelier?"

Anny Closset a participé à une séance de discussion ayant pour thème "L'utilisation des audiovisuels dans le cadre de la formation des enseignants et des animateurs santé". Si les intervenants ont bien parlé du sujet, dit-elle, on peut cependant regretter que "l'essentiel fut à peine abordé: comment former les futurs enseignants au choix, suivant la situation, d'un ou de plusieurs canaux de communication, parmi lesquels l'audiovisuel. Comment les former au choix et à l'utilisation de supports éducatifs susceptibles de soutenir, voire renforcer, l'action entreprise? Autrement dit, l'audiovisuel? Oui, mais mis au service de l'éducation pour la santé et envisagé dans une démarche globale allant de l'analyse de la situation à l'évaluation."

En relisant ce que je viens d'écrire, je m'aperçois que le lecteur doit peut-être se dire: "Heureusement que je n'ai pas mis les pieds dans cette galère". Je voudrais donc tempérer quelque peu ces propos.

Des côtés positifs

Tout d'abord l'accueil chaleureux de la ville de Royan, qui a tout mis en oeuvre pour rendre le séjour des participants le plus agréable possible. Il faut dire qu'à la clef, il y avait un pari: mettre cette petite ville "qui se veut en forme" en orbite européenne ... (n'oublions pas que le Festival était financé par la C.E.).

La bonne volonté des organisateurs, leur gentillesse et leur disponibilité. Je pense ici tout particulièrement à Colette Menard du C.F.E.S. (Comité français d'éducation pour la santé) qui a su, malgré les nombreuses difficultés, garder son sourire et sa bonne humeur.

L'objectif du Festival était très ambitieux et il a été malgré tout atteint

Répartition des groupes focalisés						
	Goitreux			Non goitreux		
	-20 ans	20-40 ans	+40ans	- 20 ans	20-40 ans	+ 40ans
Elèves	2			2		
Hommes		2			2	3
Femmes	2	2	3	1		2
Enseignants Fonctionnaires					2	

de la séance de clôture du festival de Royan, le 9 octobre dernier.

"La présente conférence met en lumière l'impact que peuvent avoir les médias sur les comportements des jeunes et des adultes en matière de santé.

C'est pourquoi il apparaît nécessaire de rappeler aux Etats Membres leur responsabilité quant à la mise à disposition et à l'actualisation de matériel audiovisuel véhiculant un message à la fois positif et réaliste.

Les conclusions majeures établies à l'issue de la conférence ont permis de dégager les recommandations suivantes:

A l'égard des Etats Membres

1. La nécessité pour les responsables des audiovisuels (chaînes de TV, programmes radios et publicitaires) de donner une part plus grande à la fonction éducative qu'ils devraient avoir en matière de promotion de la santé.
2. Il faut encourager les chaînes nationales de radio - télévision à diffuser des programmes où les acteurs ont un comportement

sain. A titre d'exemple, cela implique que le tabac soit proscrit des studios de télévision ou des interviews.

3. Le matériel audiovisuel devrait si possible s'accompagner d'une pédagogie entourant la diffusion.
4. Il faut favoriser les activités de création d'audiovisuels et leur usage dans les programmes de formation des enseignants et des autres groupes professionnels impliqués dans la promotion des comportements sains.
5. Il faut inculquer aux enseignants et futurs enseignants un concept de santé global soulignant le rôle actif de l'individu dans la gestion de son capital santé; ces principes devraient guider les enseignants dans leur choix, leur utilisation et leur évaluation de l'audiovisuel.
6. La création d'audiovisuels ne peut se faire sans avoir étudié quels sont les besoins du groupe cible.
7. L'utilisation des moyens audiovisuels sera accompagnée d'une évaluation de leur efficacité auprès du groupe cible.

A l'égard de la Commission des Communautés européennes

En ce qui concerne le rôle que la Commission a à jouer dans ce domaine, les recommandations suivantes ont été formulées:

1. La création d'un répertoire transnational (européen) des meilleurs audiovisuels dans le domaine de la promotion de la santé.
2. La rédaction et la publication d'un manuel pour la formation des enseignants visant à un bon usage de l'audiovisuel et à l'obtention d'un résultat optimal.
3. La création d'audiovisuels novateurs dans des domaines spécifiques de la santé: nutrition, tabac, protection contre les rayons UV, etc.
4. La poursuite des échanges d'informations et d'expériences entre les Etats Membres sur les audiovisuels dans l'éducation à la santé.

Michel Demarteau, Ecole de Santé Publique de l'Université de Liège, Eric Vandersteenen, Médiathèque de la Communauté française de Belgique ■

■ Humeurs

Quelques impressions sur le dernier-né des festivals... et quelques suggestions pour le suivant.

Lorsque j'ai appris qu'un Festival sur les audiovisuels en éducation pour la santé allait avoir lieu à Royan en octobre, je me suis réjoui de cette bonne initiative. J'étais d'autant plus intéressée que l'on m'avait sollicitée en mai pour faire partie du jury qui devait sélectionner les productions de la Communauté française les plus concurrentielles pour cette compétition.

Forte de cette première expérience, j'ai donc jugé intéressant de continuer sur ma lancée et de proposer mes services aux organisateurs du Festival en qualité de membre du jury "associé" (traduction: partici-

pation sans les avantages des membres du jury à part entière, pris en charge par la C.E.!) et d'animatrice de sessions de projection. Je comptais sur ces fonctions pour entrer plus facilement en contact avec les participants et les représentants officiels des pays européens. Malheureusement, je n'avais pas imaginé l'envers de la médaille! En effet, je me suis retrouvée coincée dans un rôle bien défini sans possibilité de choisir un programme en fonction de mes goûts et intérêts personnels.

Je n'étais cependant pas un cas isolé puisque tous les participants ont été confrontés à des degrés divers à ce problème de choix. Fallait-il visionner des vidéogrammes

ou participer aux ateliers de discussion qui se déroulaient au même moment? Quelle thématique choisir parmi les projections de la même tranche horaire: sida, nutrition, tabac...? A quel atelier participer? Pour citer Cristine Deliens (coordination ZEP-SANTE, Mission Locale Jeunes de Saint-Gilles): "Je ne comprends pas comment les organisateurs n'ont pas pensé à ajouter dans la mallette des participants des patins à roulettes et de la poudre de perlimpinpin pour se déplacer aisément et se dupliquer allègrement!"

L'organisation n'a pas été le point fort de ce Festival. Le manque de rigueur dans le respect des horaires, principalement pendant le repas de midi, a déstructuré les après-midi et

Nos collaborateurs marocains ont réalisé des groupes focalisés avec des groupes de mères et des groupes de professionnels de la santé de différentes régions afin de saisir les perceptions des uns et des autres sur des questions très précises liées à cette pratique (11).

Les résultats se sont révélés très instructifs. Tout d'abord, les groupes ont permis à l'équipe nationale de cerner le lexique utilisé pour parler de l'allaitement maternel dans les différentes régions, un prérequis à toute action de communication! Cette enquête a aussi mis en évidence des variations régionales dans les représentations et les pratiques. Ainsi en est-il, par exemple, de la considération à l'égard du colostrum, c'est-à-dire du premier "lait" d'une accouchée, très riche en anticorps et en éléments nutritifs variés. A Marrakech, par tradition ("selon les dires des grand-mères", disent les mères interrogées), on considère le colostrum comme bénéfique pour l'enfant. A l'inverse, à Tétouan, les mères interrogées estiment que le colostrum n'a aucune valeur: il est tiré du sein par pression et jeté. Dans d'autres régions, le colostrum est donné à l'enfant sans qu'on sache très bien pourquoi.

On voit que sur un point aussi sensible, le groupe focalisé apporte des éléments qui vont orienter la stratégie de communication avec la population. A Marrakech, on va pouvoir s'appuyer sur une tradition ancestrale pour diffuser le message de mise au sein précoce de l'enfant, alors qu'à l'inverse, à Tétouan, il va falloir contourner une croyance avant de diffuser le même message.

De la même façon, les difficultés et les satisfactions éprouvées par les mères, leurs représentations des avantages et désavantages de l'allaitement maternel, leurs perceptions de la relation entre l'allaitement maternel, les infections et la croissance du bébé, tous ces thèmes ont été investigués dans les groupes de mères et ont donné des résultats intéressants pour l'action.

Les groupes de professionnels de santé ont donné d'autres types de

résultats. Ils ont mis en évidence les difficultés qu'ils rencontrent pour renverser une tendance qu'ils jugent eux-mêmes alarmante: le biberon devient un "objet précieux", même dans les campagnes, c'est-à-dire là où "la majorité des femmes continuent de donner le sein parce qu'elles sont disponibles et parce qu'elles ne peuvent pas se permettre d'acheter le lait qui se vend en pharmacie" (12).

Combinée avec d'autres investigations (des enquêtes d'incidence et de prévalence et des entretiens individuels approfondis avec des témoins privilégiés), l'approche par le groupe focalisé a permis de réaliser une analyse approfondie des causes de la malnutrition, selon une méthode que nous avons présentée dans un numéro antérieur (13). Sur cette base solide, il devenait possible de construire un programme de promotion de l'allaitement maternel au Maroc (14).

Dans d'autres contextes africains, nous avons appliqué la méthode avec succès, notamment pour étudier en profondeur les attitudes des mères face à l'alimentation de leurs jeunes enfants. Mais le lecteur d'Education Santé sera sans doute intéressé par les perspectives d'utilisation de la méthode dans le cadre de programmes mis en oeuvre en Belgique.

La prévention des accidents domestiques à Charleroi

Notre première expérience dans le contexte belge s'est déroulée dans le cadre du projet RAS (Réseau Actions Sécurité), coordonné par l'ASBL Educa-Santé avec l'aide de la Communauté Française de Belgique.

L'une de nous a contribué à l'évaluation d'un support de communication: un vidéogramme consacré à la prévention des accidents domestiques chez les personnes âgées (15).

L'objectif final de cette évaluation était de cerner la perception du vidéogramme par le public visé afin de modifier, si nécessaire, certaines séquences et de rédiger un "guide

d'animation" destiné à accompagner le vidéogramme lors de sa diffusion.

On comprend dès lors l'intérêt de la méthode des groupes focalisés qui nous permettait, bien plus qu'une enquête par questionnaires, de sonder en profondeur les attitudes du public-cible face à ce vidéogramme.

Les groupes étaient constitués de volontaires issus d'organismes pour le 3e âge réunis dans leurs locaux. Les entretiens faisaient suite au visionnement du vidéogramme.

L'analyse de la production des groupes a fait apparaître une résistance des personnes âgées à modifier leur environnement ou leurs habitudes de vie, même lorsqu'elles reconnaissent qu'il suffit de quelques petits aménagements pour assurer leur sécurité.

On a également constaté une tendance de ces personnes à rejeter la faute sur des éléments extérieurs ou à attribuer les accidents à la fatalité: chutes dues à un mauvais aménagement du point de vue urbanistique, ou simplement à leur âge!

Ces quelques éléments, et d'autres, ont orienté nos suggestions pour la réalisation d'un guide d'animation et pour une révision éventuelle du vidéogramme (16).

(11) AKHCHICHINE, A., HAJJI, N., *Allaitement maternel (investigation par focus group)*, Rabat, Ministère de la Santé Publique, Service de lutte contre la malnutrition, Août 1990, rapport interne.

(12) *Ibidem*, p. 32 (extrait d'un entretien de groupe).

(13) ANDRIEN, M., BONTEMPS, R., GUILLAUME, M., LAMBRECHTS, B., *Education nutritionnelle et analyse causale*, in *Education Santé*, nr 72 (novembre 1992): 4-7.

(14) ANDRIEN, M., *Promotion de l'allaitement maternel au Maroc*, in *Nouvelles du RENA*, nr 10 (août 1990): 4-6.

(15) *Institut européen interuniversitaire de l'action sociale, Des chemins sans risques dans la maison, vidéogramme, Charleroi, IEIAS.*

(16) PHILIPPET, C., *Le vidéogramme de l'IEIAS, Rapport d'évaluation par la méthode des groupes focalisés, Liège, CERES, 1991.*

Des questions pour la recherche

Les exemples que nous venons de donner illustrent la fécondité de la méthode, tant pour analyser les dimensions comportementales d'un problème de santé que pour tester des supports de communication. Dans son application, le groupe focalisé soulève encore des questions auxquelles la recherche et le travail de terrain devraient apporter des réponses dans les prochaines années.

Nous en soulevons ci-dessous quelques-unes.

Constitution des groupes

Dans nos sociétés modernes occidentales, la discussion en groupe a perdu l'attrait qu'elle exerçait (et exerce encore) sur les communautés des sociétés traditionnelles. On se réunit peu pour le seul plaisir de discuter ensemble. Il n'est donc pas facile de constituer des groupes de discussion. Une étudiante en communication pour la santé au CERES en a fait la difficile expérience lors d'un stage consacré à l'étude des perceptions de la périnatalité par les futures ou récentes accouchées. Malgré une collaboration sans réserve de la part du personnel de la maternité de La Citadelle, à Liège, il lui a été très difficile de réunir suffisamment de personnes pour constituer un groupe focalisé.

On pourra objecter que les femmes sur le point d'accoucher ou relevant de couches ne constituent pas le groupe le plus disponible pour ce genre d'exercice! Cependant, l'enquêtrice n'eut guère plus de succès avec un groupe constitué de mères d'enfants de six mois à trois ans recruté sur base d'un bulletin communal de sa région et ce, malgré une incitation pécuniaire, légère, il est vrai (17).

Plus facile apparaît le travail de l'une de nous, engagée dans une recherche de fin d'études sur la perception du préservatif par les adolescents de la région liégeoise. Recrutant les membres de ses groupes dans les écoles secondaires, elle éprouvera sans doute moins de difficultés à motiver ceux-ci à participer à son enquête (sans toutefois leur dévoiler par avance le sujet précis de l'interview). Mais elle enfreint la règle qui veut que les personnes participant à un groupe focalisé ne se connaissent pas: il est bien difficile de constituer au sein d'une école un groupe d'adolescents parfaitement inconnus les uns des autres (18)!

Homogénéité des groupes

Jusqu'à quel point les groupes doivent-ils être homogènes? Cette question hante les nuits des utilisateurs du groupe focalisé! Elle restera à jamais sans réponse précise. Deux personnes présentent tou-

jours des différences qui donnent à chacune d'elles et à leur interaction toute leur richesse. Les groupes constitués de clones ne sont heureusement pas pour demain.

La question peut être inversée: quelle diversité accepter pour assurer la plus grande liberté de parole?

En Afrique, la présence d'un ancien ou d'un membre d'une caste supérieure peut rendre la conversation si conventionnelle qu'elle en perdra tout intérêt aux yeux du chercheur. Dans nos pays, ces freins sont plutôt le résultat de la différence de statut social ou de la reconnaissance d'une compétence particulière à l'un des membres du groupe (par rapport au sujet à traiter).

Chaque situation doit donc être appréciée *in situ* et, en cette matière comme en beaucoup d'autres, il n'est actuellement de règle que relative.

Qualification des animateurs

Une question importante est celle de la compétence des animateurs. Elle est cruciale, puisque de cette compétence dépendra la richesse des informations recueillies.

L'animation de groupe est une discipline très exigeante sur le plan technique comme sur le plan personnel. On ne peut pourtant exiger de toute personne qui se lance dans l'animation d'un groupe focalisé une formation d'expert en ce domaine. Les compétences minimales restent par conséquent à définir.

Par ailleurs, il est clair que l'animateur doit bien connaître le sujet qu'il va traiter, de façon à poser les bonnes questions au groupe. Mais là encore, où est la limite?

Et en définitive, faut-il privilégier la compétence en animation ou la connaissance du sujet traité? La question n'est pas tranchée.

(17) VANDERSTAPPEN, G., *Communication personnelle*, septembre 1992.

(18) MONOYER, M., *Le groupe focalisé*, Université de Liège, Mémoire de licence en psychologie, en cours de réalisation.

santé, ce n'est pas seulement l'apprentissage des règles d'hygiène et d'alimentation, la prévention des maladies, ni même la promotion de la santé. Elle doit faire de chacun de nous des individus capables de comprendre pour juger et décider librement et collectivement de nos actes. Le document audiovisuel lorsqu'il est témoin de nos différences d'approches, mais aussi de la communauté de nos problèmes, nous aide à comprendre, juger et décider. Le regard sur les autres, le regard des autres, ne peut que nous enrichir. Nous pouvons cultiver nos différences si nous restons ouverts aux échanges culturels.

Le deuxième argument tient compte du traitement des images et des sons par le spectateur. Le spectateur est toujours actif. Il sélectionne, trie, complète les informations audiovisuelles. L'adaptation des documents audiovisuels se fait donc de façon permanente par chacun de nous en fonction de notre culture nationale ou régionale, mais aussi de notre appartenance sociale, de notre personnalité, du moment que nous vivons. N'est-il pas vain alors de chercher à sélectionner et à adapter selon nos critères d'experts? Ne vaut-il pas mieux au contraire, après avoir franchi la barrière linguistique, laisser les documents "bruts", sans les trahir davantage?

Nos efforts d'éducateurs pour la santé se porteront alors non sur les produits, mais sur les personnes pour les aider à comprendre.

Nous avons parfois trop tendance à vouloir tout prévoir, tout planifier, tout évaluer. Où s'exercera alors la liberté du public de découvrir, de choisir?

Comment faciliter les échanges?

Faciliter l'accès d'un grand nombre de documents audiovisuels d'éducation pour la santé de qualité au plus large public possible, telle est la philosophie de la collection "Education pour la Santé" de la Médiathèque de la Communauté française de Belgique que nous avons alors proposée comme modèle pour l'Europe.

Pour faciliter les échanges internationaux, une série de propositions ont été faites en suivant l'expérience de la Médiathèque dans les différentes étapes de la diffusion d'un programme audiovisuel.

La présélection et la sélection

- Faciliter la prospection par une banque de données européenne ou la mise en réseau de celles qui existent.
- Faciliter la circulation de "copies" de travail.
- Créer et diffuser des répertoires décrivant et commentant les documents.
- Faciliter les rencontres, les échanges.
- Créer un comité d'appréciation international comme celui mis en place par la Médiathèque et l'A.P.E.S. dans notre Communauté.

L'édition

- Faciliter et soutenir la négociation sur les droits d'édition et de diffusion non-commerciale.
- Soutenir les frais de traduction et d'édition des documents d'un pays à l'autre (notamment le sous-titrage).

La diffusion

- Stimuler l'usage des réseaux culturels existants (bibliothèques publiques, par exemple).
- Organiser régulièrement des festivals avec des productions européennes.

L'animation

- Soutenir la création de documents écrits et audiovisuels sur l'utilisation de l'audiovisuel en éducation pour la santé, ainsi que des formations.
- Donner une dimension européenne à cette réflexion en abordant les aspects interculturels.

L'évaluation et la recherche

- Stimuler la recherche évaluative sur la réalisation, la diffusion et l'utilisation de l'audiovisuel dans des situations ou des échanges interculturels.

Recommandations

Recommandations de notre atelier

Pour faciliter l'accès aux documents audiovisuels dans la Communauté européenne, nous recommandons:

- la création d'une base de données informatisée sur les documents, sur les expériences vécues avec les documents, sur les évaluations et les recherches autour de la réalisation et de l'utilisation des outils audiovisuels;
- la mise en place d'une législation sur le même sujet. Des règles européennes sur les droits de diffusion des documents audiovisuels à buts éducatifs et non commerciaux. L'expérience acquise par la Médiathèque de la Communauté française de Belgique serait utile;
- la création d'un réseau permettant la circulation des informations et des supports audiovisuels (lettre d'information, festival,...).

Pour faciliter le transfert des documents audiovisuels dans la Communauté européenne, nous recommandons:

- de favoriser l'adaptation des documents spécialement vers certains groupes minoritaires: ethniques, sociaux ou autres comme les mal-entendants;
- de soutenir les formations à l'analyse et à l'utilisation des médias audiovisuels auprès des relais de l'éducation pour la santé pour en faire des médiateurs entre les supports audiovisuels et le public.
- de soutenir l'évaluation et la recherche sur la réalisation et l'utilisation des documents audiovisuels.

Recommandations générales

Cette synthèse de toutes les recommandations formulées lors des dix ateliers de travail a été proposée par Monsieur Trefor Williams, expert auprès de la Commission des Communautés européennes, lors

Les étapes d'une enquête par groupes focalisés

Sept étapes doivent être prises en considération:

- (1) Formulation des questions auxquelles on souhaite apporter une réponse par cette investigation
- (2) Identification et catégorisation des personnes à inclure dans les groupes
- (3) Identification de l'animateur (ou des animateurs) des groupes focalisés
- (4) Elaboration et prétest du guide d'entretien
- (5) Recrutement des participants
- (6) Animation des groupes focalisés
- (7) Analyse et interprétation des données recueillies

- Alimentation suivie (GSARA): lauréat meilleure production thématique nutrition.

S'agissant d'une première européenne, tout ne fut pas parfait, comme on pourra le lire dans le long billet "Humeurs" proposé par le Docteur Maryse Wanlin à la fin de cet article. Mais le festival a malgré

tout permis de dresser un état des lieux de la production européenne, d'identifier les lacunes existantes, de définir des besoins, de rapprocher des énergies, de favoriser des rencontres, de susciter des projets de collaboration.

Les participants aux ateliers de travail et aux tables rondes ont formu-

lé bon nombre de recommandations qui, espérons-le, ne resteront pas toutes lettre morte.

Pas si mal, tout compte fait, pour une première édition!

Eric Vandersteenen, Chef de projet à la Médiathèque de la Communauté française de Belgique ■

Faciliter la circulation des documents audiovisuels dans la Communauté européenne

L'expérience de la Communauté française

Un des ateliers de travail, organisé à Royan lors du festival de la Commission des Communautés européennes sur l'éducation à la santé par l'audiovisuel, traitait de la transférabilité des audiovisuels d'un pays à l'autre, d'une culture à l'autre.

Deux points de vue différents, mais complémentaires ont été proposés: celui de l'**accessibilité** des documents où nous avons présenté la collection "Education pour la santé" constituée par la Médiathèque de la Communauté française de Belgique et celui de l'**adaptation** de ceux-ci aux situations spécifiques à chaque pays.

Adopter ou adapter?

"Adapter et non adopter les documents d'éducation pour la santé", tel était le titre de l'intervention de Madame Anne Charlton du groupe de recherche sur l'éducation dans la prévention du cancer de l'Université de Manchester.

Les documents ne sont jamais transférables tels quels d'un pays à l'autre. Non seulement pour des raisons de traduction, mais aussi de cultures, de styles de vie, de problèmes de santé, de structures institutionnelles, ... Il faut donc les transformer, les adapter aux situations spécifiques. Anne Charlton nous propose dès lors une série d'étapes à suivre:

- décider si le document est approprié pour l'usage que l'on voudrait en faire à partir d'une analyse de contenu;
- choisir la tranche d'âge d'utilisation;
- choisir la partie à modifier: le commentaire, une partie du contenu, ...
- choisir la façon de faire la modification: commentaire oral, insertions, ...
- vérifier le coût du changement;
- vérifier si l'adaptation correspond aux objectifs;
- évaluer.

Faciliter la circulation

"Comment faciliter la circulation des documents audiovisuels d'éducation pour la santé dans la Communauté européenne", tel était le titre de notre intervention.

Pourquoi est-il important de faciliter l'échange de nos documents audiovisuels?

Nous pensons que nous ne devons pas nous arrêter aux arguments sur les limites de la transférabilité, sur nos différences de cultures, de styles de vie, de besoins ou de problèmes de santé, de structures institutionnelles.

Il ne faut pas les nier, mais il faut les dépasser. Il nous semble plus important de réfléchir d'abord aux moyens de faciliter les échanges plutôt que de réfléchir aux difficultés d'adaptation.

Nous plaçons donc pour un minimum de sélection et d'adaptation pour offrir au public la diversité des documents et la responsabilité des choix. Cette position nous l'appuyons sur un constat et deux arguments.

Le constat se manifeste tous les jours sur nos écrans de télévision et dans nos salles de cinéma. Les produits audiovisuels circulent déjà très largement en Europe et dans le monde: séries policières américaines, dessins animés japonais, films de toutes les origines. Les différences culturelles ne semblent pas nous émouvoir.

Il en est de même dans le domaine de la santé. Nous avons en Europe une majorité de problèmes communs, de besoins communs. Il existe déjà des documents audiovisuels qui touchent ou qui pourraient toucher tous les pays, essentiellement ceux qui cherchent à informer et à divertir. Un exemple parmi d'autres, "Et moi, d'où je viens?", dessin animé d'origine anglo-saxonne (1).

Le premier argument s'appuie sur la définition de l'éducation pour la santé comme une véritable matière culturelle. L'éducation pour la

(1) Traduit et édité par les soins de la Médiathèque de la Communauté française de Belgique, de la Ligue des familles et de R.T.L.-T.V.I., "Et moi, d'où je viens?" est à l'heure actuelle un des documents vidéo les plus diffusés par les centres de prêt de la Médiathèque.

Interprétation des résultats

Nous avons souligné les limites de la méthode, qui ne permet en aucun cas de tirer des conclusions d'ordre quantitatif. Il faut rappeler que le groupe focalisé n'est pas une enquête sur échantillon représentatif: il ne permet pas de donner une image statistiquement représentative de la réalité.

Et pourtant, quelle richesse dans l'expression des participants à un groupe focalisé! Quelle illumination pour le chercheur relisant la transcription d'un groupe "qui a réussi"!

Comme d'autres méthodes de la recherche qualitative (l'observation participante, l'entretien individuel approfondi, etc.), le groupe focalisé favorise la compréhension profonde d'un problème, d'une situation, d'une pratique sociale. Une phrase, un mot, un sourire perçus au détour de la discussion permettront de saisir le sens caché d'un phénomène, de se représenter la situation du point de vue du groupe, ou d'un membre du groupe.

Comment distinguer l'utile et l'accessoire dans la production de ce groupe? Comment intégrer à un programme de communication les

résultats de cette analyse? Autant de questions posées à la recherche fondamentale comme à la recherche appliquée.

Vers un groupe focalisé à usage multiple?

Certains résultats de recherches suggèrent que le groupe focalisé pourrait être utilisé à d'autres fins que celles du recueil d'informations.

La situation de groupe ainsi créée serait propice à l'émergence d'une confiance des membres du groupe dans leur capacité à prendre le problème en charge (19), à lui trouver une solution. Le groupe focalisé bénéficierait alors non seulement au concepteur de programmes, mais aussi aux participants eux-mêmes, engagés d'emblée sur la voie de la promotion de la santé.

D'une pierre, deux coups! Avouons que l'hypothèse est séduisante!

Conclusion

Le groupe focalisé apparaît aujourd'hui comme une méthode d'investigation qualitative particulièrement adaptée à la conception des programmes d'éducation pour la santé.

Prévenir l'anxiété par l'éducation pour la santé?

Une étude réalisée à la Maison Médicale de Forest

L'anxiété, mal du siècle? Domaine de santé mentale aux limites floues, l'anxiété est une plainte courante dans le travail quotidien du médecin et des soignants en général. Cet article présente une recherche effectuée dans une maison médicale bruxelloise, recherche motivée par les difficultés vécues par la clientèle. Comment la population perçoit-elle ce problème? De quelles réponses disposons-nous? Quel rôle l'éducation pour la santé peut-elle jouer?

Ces questions ont été développées dans le cadre d'un mémoire en éducation pour la santé.

Introduction

La Maison médicale de Forest est une asbl qui a pour objet social la dispensation de soins de santé primaires (globaux, continus et intégrés), pratiqués à l'échelle d'un quartier, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire. La population desservie par la Maison médicale comprenait 4401 abonnés au 1/06/90.

Partant d'une étude mettant en évidence les problèmes de santé men-

Les difficultés à modifier sur une large échelle les conduites liées à la santé et à la nutrition nous encouragent en effet à chercher des méthodes qui nous permettent de comprendre en profondeur les mobiles de ces conduites.

Le groupe focalisé est l'une de ces méthodes.

Sans doute souffre-t-il encore d'un manque d'utilisation dans notre pays, si l'on excepte son emploi à des fins commerciales. Mais les guides de son application existent (20), qui doivent nous encourager à le tester dans des situations variées et à rendre compte de nos échecs et de nos réussites dans son exploitation.

Michel Andrien, Muriel Monoyer, Catherine Philippet, Viviane Vierset ■

(19) SUSSMAN, S., BURTON, D., DENT, C.W., STACY, A.W., FLAY, B.R., Use of focus groups in developing an adolescent tobacco use cessation program: collective norm effects, in *Journal of Applied Social Psychology* (1991): 1772-1782.

(20) En particulier, pour les francophones, le guide déjà cité de Gisèle SIMARD (1989), rédigé au départ de son expérience de la consultation internationale au service du développement.

tales et plus précisément l'anxiété comme problèmes prioritaires au sein de la clientèle de la maison médicale, l'objet de la recherche était de déterminer les besoins de la population en rapport avec le problème de l'anxiété et de déterminer les priorités d'intervention.

Des recherches bibliographiques

Le concept anxiété apparaît comme polymorphe. La définition globale (et donc peu opérationnelle) que nous pouvons donner est la suivante: "l'anxiété est un état d'alerte

dans l'attente d'un danger imminent, réel ou imaginé".

Les données épidémiologiques dépendent de la définition du concept. La fréquence d'anxiété généralisée selon les critères du D.S.M.III (1) serait dans une consultation de généraliste de l'ordre de 15%.

La notion de facteur de risque et de relation causale est encore très hypothétique. Pour l'anxiété généralisée, on parle plutôt de facteurs associés à l'anxiété; il s'agit de:

- l'âge: l'âge de survenue de l'anxiété varie le plus souvent entre 20 et 40 ans;
- l'épisode dépressif majeur semble parfois précéder l'apparition de l'anxiété généralisée;
- l'agrégation familiale: on retrouve une fréquence des états dépressifs dans les antécédents personnels et familiaux de l'individu;
- le comportement de mobilité restreinte c'est-à-dire éviter de quitter la maison ou d'être seul, les contacts sont réduits essentiellement à la cellule familiale.

Les alternatives d'intervention décrites dans la littérature sont:

- les techniques médicamenteuses (essentiellement les anxiolytiques);
- les thérapies comportementales de désensibilisation systématique, la relaxation;
- l'hygiène de vie (hygiène alimentaire et exercice physique);
- le rôle d'écoute et d'accompagnement du médecin généraliste et de l'équipe de soins de base lors des événements qui modifient la vie de l'individu (deuil, naissance, hospitalisation,...);
- le support social, le développement d'attitudes positives (intimité sociale, ressources personnelles, mobilisation et utilisation de supports sociaux, d'habiletés et d'aide disponible dans le réseau social de la personne);
- des ateliers de self help ou de gestion du stress (structures d'aide associant plusieurs alternatives d'intervention).

Quelle est la population desservie par la maison médicale?

La population est assez hétérogène. En effet, la maison médicale se situe dans un quartier plutôt populaire et commerçant où se côtoient des populations belges et immigrées, de classes sociales différentes.

Environ 24 % de l'échantillon constitué pour l'enquête est de nationalité étrangère. La nationalité étrangère la plus représentée est la nationalité marocaine.

22.8 % de l'échantillon se situe à un niveau de scolarité égal ou inférieur à l'enseignement primaire.

Comment la population vit-elle ce problème?

Un processus d'enquête auprès d'un échantillon de 101 personnes de la population desservie par la maison médicale, âgées de 15 ans et plus, a permis d'approcher la perception de cette problématique par la population de la maison médicale.

Qu'est-ce que l'anxiété?

En fait le mot "anxiété" est peu utilisé par la population: une personne sur 4 est incapable de définir ce concept.

Cela peut s'expliquer de différentes manières. Tout d'abord, on peut imaginer qu'une partie de la population maîtrise peu ou mal la langue française (niveau de scolarité relativement bas et nationalité étrangère avec faible connaissance du français). Une autre hypothèse est que le terme "anxiété" est déjà une objectivation d'un état, sorte d'étiquette diagnostique d'un état affectif que les personnes n'utilisent pas spontanément dans leurs échanges personnels. Certaines personnes s'expriment plutôt en disant "J'ai mes nerfs" au lieu de "Je suis anxieux".

Oui, l'anxiété est un problème!

L'anxiété est un problème connu et reconnu comme tel par la popula-

tion. Dans l'échantillon, on peut distinguer trois catégories: ceux qui ne souffrent pas de ce problème (12.9%), ceux qui en souffrent dans certaines périodes ou circonstances (76.2%) et ceux qui en souffrent toujours et qui le vivent de façon cruciale (10.9%). Il ne faudrait pas oublier l'hypothèse d'une quatrième catégorie qui serait ceux qui disent ne pas en souffrir mais qui en montrent les manifestations physiques sans les relier à une anxiété "clandestine".

Qu'est-ce qui rend anxieux?

Dans les causes citées comme responsables de l'anxiété, nous retrouvons principalement des raisons familiales et affectives touchant à l'intimité de l'individu. Pour rappel, nous parlons ici des causes ressenties par la population comme responsables de l'anxiété; il s'agit d'une évaluation subjective.

Tableau 1:
Pourquoi êtes-vous anxieux?

Famille	45
Affectif	39
Métier, études	27
Biens matériels	24
Santé	24
Avenir	9
Divers	4
Actualités	4
Religion	2

Dans l'éventualité d'une intervention de prévention et d'éducation pour la santé, la question sera de voir comment intervenir dans des domaines aussi personnels et intimes. Ces domaines sont le plus souvent réservés à une relation de confiance ou bien même sont passés sous silence.

(1) Le D.S.M. III est un manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

Vu pour vous

Education à la santé par l'audiovisuel

1er Festival de la Commission des Communautés européennes

Cet important festival, qui s'est tenu à Royan (Charente-Maritime - France) les 7, 8 et 9 octobre 1992, et qui était doublé d'un colloque et de nombreux ateliers de travail, avait pour objectifs ambitieux de :

- recenser les productions audiovisuelles en éducation pour la santé élaborées dans les douze pays de la Communauté;
- favoriser la confrontation européenne et l'échange des expériences autour de tables rondes et de groupes de travail;
- sélectionner et récompenser les meilleures productions;
- déboucher enfin sur des recommandations à l'usage des Etats membres et de la Commission des Communautés européennes.

L'accent était mis principalement sur la qualité pédagogique des documents ainsi que sur leur éventuelle transférabilité.

Pour ce premier festival, 6 thèmes avaient été retenus: alcool, approche globale de la santé, nutrition, sida, tabac et toxicomanie. Le concours était ouvert à des programmes audiovisuels visant le grand public, les jeunes et les professionnels (éducateurs de santé, animateurs, enseignants).

L'originalité de ce festival, mais aussi certainement une des raisons des difficultés d'organisation rencontrées, était de présenter uniquement des productions jugées de qualité à la suite de sélections nationales.

Sur plus de 300 productions visionnées par les treize jurys nationaux (la Belgique - fédéralisation oblige - avait en effet un jury par communauté), 92 programmes seulement - heureusement diront certains! - ont été présentés aux experts et au public.

Je me dois de revenir ici sur quelques remarques judicieuses faites avant

le festival par le Comité français d'Education pour la Santé, membre du Comité d'organisation.

En analysant l'ensemble des audiovisuels sélectionnés par les douze états membres, on doit constater:

- une grande disparité dans la qualité globale des sélections nationales;
- une disparité importante au sein même des sélections nationales;
- une disparité impressionnante selon les thèmes abordés: le nombre très élevé de programmes sur le sida reflète sans aucun doute les incitations et budgets consacrés à la prévention de cette maladie ces dernières années;
- une multiplicité des supports produits à destination des jeunes;
- un faible pourcentage d'audiovisuels produits à destination des formateurs.

L'expérience que la Médiathèque de la Communauté française de Belgique mène depuis presque dix ans montre malgré tout que des audiovisuels de qualité existent dans la plupart des pays européens. Toutefois, la circulation et la diffusion de ces programmes, la problématique des droits d'auteurs, la disponibilité ou la réalisation de versions dans d'autres langues de la Communauté sont les trop nombreux obstacles à une utilisation optimale des productions existantes; mais pourquoi continuer à produire quand nous gagnerions tous à mieux connaître et à adapter ce qui existe déjà?

Le festival de Royan n'était pas seulement un classique festival du film (avec palmarès et récompenses à la clef). Les organisateurs souhaitaient qu'il soit aussi l'occasion d'échanges, de discussions sur l'intérêt et la place des audiovisuels dans une démarche d'éducation à la santé. C'est pourquoi, au grand regret d'un bon nombre de participants, se déroulèrent simultanément les sessions de projection des audiovisuels sélectionnés (près de

trente sessions au total durant deux jours!) et les ateliers de travail destinés à cerner l'intérêt de l'utilisation de l'audiovisuel dans différents types de situations.

Au terme du festival, une quarantaine de prix ont été attribués (1) au cours d'une proclamation marathon:

- 11 prix nationaux récompensant les meilleurs audiovisuels lors des sélections nationales (l'Espagne et le Portugal n'ont pas attribué de prix nationaux);
- 10 prix (lauréats) récompensant les meilleures productions;
- 6 prix récompensant les meilleurs produits thématiques: tabac, alcool, sida, toxicomanie, nutrition, santé;
- 3 prix récompensant les meilleurs films par public cible: grand public, jeunes, formation;
- 2 prix par catégories: clip, film amateur;
- le prix du public;
- le prix décerné par les jeunes;
- une mention spéciale du jury;

et enfin le trophée du meilleur programme européen décerné au clip français "Fumer, c'est pas ma nature"... ou quand le Comité français d'Education pour la Santé parodie et détourne les publicités d'un célèbre cigarettier (vous savez, le fameux cow-boy dans le grand Ouest)!

Signalons aussi que trois productions de la Communauté française ont été primées à Royan:

- Le tabac t'abat (Caméra Enfants Admis): prix du meilleur document amateur;
- Familles de toxicomanes (RTBF Charleroi - Autant savoir): prix de la Communauté française de Belgique;

(1) Je ne vous imposerai pas le palmarès complet: les personnes intéressées peuvent prendre contact avec la Médiathèque de la Communauté française de Belgique/Service Formation-Education (02/640.38.15). Le palmarès suivra par retour du courrier.

de donner aux jeunes la possibilité d'intervenir et d'accéder à l'événement, qu'il puisse y avoir événement pour eux. Et, si l'événement est un acte, celui-ci devrait être du côté de celui qui est affecté par ce montage de paroles et d'images rentrant en résonance avec la singularité de sa vie. La prévention se fait à partir d'un matériau pour une interprétation par celui qui le reçoit, il offre une aide pour intervenir sur ce qui arrive, une possibilité de penser... Est préventif ce qui aide à penser ce qui arrive." (Antoine Masson).

"Quand on n'a que l'amour, l'éducation sexuelle et affective des jeunes au temps du sida" Ph. Meerbeeck et Cl. Nobels, Ed. De Boeck, 1992, 284 p. ■

■ Statistiques de santé 1992

Dans notre numéro de septembre 1992, nous vous parlions de la première publication de l'IBES, Institut Belge de l'Economie de la Santé. Faisant suite à cette première publication sur "Comprendre l'économie de la santé", voici leur nouvel ouvrage: le "Compendium de statistiques de la santé 1992". Reprenant des données descriptives et quantitatives, l'ensemble du dossier permet de tracer les grandes lignes "santé" de notre pays. Les données présentées sont des données belges et européennes, ce qui permet de comparer la situation de notre pays avec celle d'autres pays de la Communauté européenne.

5 grands chapitres sont proposés:

- population et santé: les données sont classiques: structures d'âge de la population, espérance de vie, mortalité infantile, causes de décès,...
- professions: médecins, pharmaciens, dentistes et para-médicaux... en chiffres absolus et en densité par habitant;
- établissements de soins: capacité et activité des hôpitaux généraux, psychiatriques;

- dépenses pour les soins de santé (globalement et par prestations,...) et répartition des bénéficiaires de l'Assurance Maladie;
- médicaments: ventes des spécialités pharmaceutiques, prescriptions et dépenses;

Pour chaque chapitre, un commentaire introduit brièvement les tableaux présentés. La présentation est claire et précise, elle facilite la compréhension d'un contenu plutôt rébarbatif à première vue.

Bien que ne contenant guère de données originales, ce document devrait rendre service à toute personne intéressée par des données "santé" à l'échelon national et régional.

IBES, Compendium de statistiques de la santé, Bruxelles, 1992, 106 pages, 500 FB.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à l'IBES, rue Léon Théodor 102, 1040 Bruxelles. ■

■ La grossesse heureuse

La maternité constitue pour une femme une source de changements profonds. La future mère est à la recherche de repères, de conseils.

"La grossesse heureuse" est un ouvrage qui aborde les nombreuses facettes de la maternité en huit grands chapitres.

Il parle bien évidemment d'abord de la fécondation, fécondation où tout se passe bien, ou fécondation qui ne se fait pas, avec toutes les solutions alternatives. Le diagnostic de grossesse ou la grossesse qui survient malgré une contraception sont d'autres points abordés dans ce chapitre.

Vient ensuite le chapitre sur la grossesse elle-même: symptômes habituels, examens,... Le chapitre suivant traite de la vie quotidienne pendant la grossesse (alimentation, sommeil, voyages, sexualité, hy-

giène,...) du rôle du futur père et de la communication avec le fœtus.

Le grand moment arrive: il est temps de se préparer à l'accouchement. Le guide décrit le rôle des différents professionnels de santé et les méthodes de préparation.

Et les complications possibles? Fausses couches, infections, malformations, prématurité et deuil périnatal sont également abordés.

L'accouchement lui-même est longuement décrit, avec toutes les étapes (avant - pendant - après). Et puisque tout commence à peine, ce guide détaille les quatre premiers mois de la vie familiale après la naissance du bébé (soins au bébé et développement psychomoteur, mais aussi santé de la maman).



Pour terminer, le guide passe en revue les aspects juridiques qui entrent en jeu lors d'une grossesse.

Ce nouveau "guide vert" de Question Santé est rédigé par des gynécologues, pédiatres, psychologues et généralistes.

La grossesse heureuse, 143 pages, 355 francs, Question Santé, rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles, tél. 02/512.41.74. ■

Ce sont des questions de type méthodologique mais aussi éthique: quel peut être le rôle des professionnels de la santé dans des territoires familiaux et personnels. Il y a le danger d'une médicalisation à outrance mais, par ailleurs, le médecin et l'équipe de soins de base peuvent être des acteurs privilégiés pour soutenir l'individu.

Les variables socio-démographiques (état civil, situation familiale, niveau de scolarité, nationalité, âge, travail-chômage, sexe) ne peuvent prédire l'anxiété. Ce qui importe, ce serait la manière dont la personne vit la situation plutôt que la situation en elle-même. Il s'agit donc bien du vécu intime et non de la situation sociale. Pour la pratique de l'équipe soignante, cela souligne l'importance d'une anamnèse globale dépassant la connaissance d'un statut social, familial,... c'est-à-dire de s'attarder au vécu, au ressenti de l'individu dans sa situation sociale, familiale,... Au-delà de la question "vivez-vous seul ou en famille?", il s'agit d'aborder le "comment vivez-vous cette situation? Comment vous sentez-vous en famille?"

Anxiété et troubles somatiques

A partir des définitions de l'anxiété formulées par les personnes interviewées, l'analyse de contenu met en évidence l'importance des dimensions affectives (sentiment, émotion) et cognitives (danger, problème) alors que les aspects physiques par contre sont très peu exprimés (troubles somatiques liés au phénomène anxieux). Cela peut signifier plusieurs choses: que les personnes souffrant d'anxiété ne ressentent pas ou peu de manifestations physiques de l'anxiété ou qu'elles ne les décodent pas. Ces manifestations physiques sont alors peut-être détachées de leur contexte d'anxiété et présentées comme maladie organique, au médecin par exemple.

Même si l'explicitation des aspects physiques ne se fait que dans un deuxième temps, les personnes anxieuses ressentent des manifestations somatiques de l'anxiété

(cœur qui bat plus vite, gorge ou estomac serré,...).

De plus, le croisement des variables "anxiété" et "plaintes somatiques" témoigne d'un lien entre les deux et principalement entre palpitations et anxiété.

La tachycardie est le symptôme énoncé comme le plus ressenti. Ceci est à mettre en relation avec le croisement fortement significatif entre anxiété et palpitations. Dans cette étude, le cœur apparaît comme un organe-cible fortement associé à l'anxiété. Il peut y avoir un renforcement du phénomène anxieux: être anxieux → cœur qui bat plus vite → augmentation de l'anxiété →...

Pour les membres de l'équipe soignante, il serait important d'être attentifs aux plaintes somatiques de la population, à l'éventuel lien avec un état anxieux, pour permettre ainsi une verbalisation du vécu anxieux, une dramatisation des manifestations somatiques et enfin, aborder les facteurs causaux de l'anxiété pour que la personne puisse y remédier.

Le mode de représentation et d'expression de l'anxiété dans la population sera déterminant pour les interventions à mettre éventuellement en oeuvre.

Que faire?

	OUI %	NON %
parler à quelqu'un	94.8	5.2
sortir, bouger	93.5	6.5
activité de détente	87.3	12.7
faire du sport	84	16
médicament	76.2	23.8
fumer	67.6	32.4
alcool	57.1	42.9
ne fait plus rien	41.2	51.8
manger	29.6	70.4

Les activités menées spontanément par les personnes sont sortir, bouger, parler à quelqu'un.

Le tableau 2 présente l'efficacité perçue pour les activités menées spontanément contre l'anxiété.

Si l'on met ces solutions spontanément mises en oeuvre en relation avec les alternatives d'intervention préconisées dans la bibliographie, nous pouvons observer un décalage, à savoir:

- dans les activités menées spontanément, on peut voir la prédominance de ce que l'on pourrait intituler le support social (parler à quelqu'un, sortir);
- les moyens plus de types technique et médical sont très peu évoqués. Excepté la prise de médicaments, on ne parle que très occasionnellement de relaxation, de thérapie ou de médecin,...

Et les anxiolytiques?

L'axe médical est peu cité dans les actions menées spontanément; cependant, 47 personnes sur les 101 interrogées disent avoir au moins un anxiolytique à leur domicile pour leur consommation ou pour celle d'un autre membre de la famille.

En ce qui concerne la consommation d'anxiolytiques, une personne sur cinq a pris un anxiolytique durant la semaine qui précède l'interview. Cette consommation se répartit comme suit:

1 x/semaine et pas plus	3
plus d'une fois mais pas tous les jours	4
une fois par jour	9
plus d'une fois par jour	4

Ces chiffres rejoignent ceux rencontrés dans d'autres enquêtes telles que celles de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes. Les résultats qu'ils obtenaient en 1985

et puis en 1989 concernant la consommation de "tranquillisants", étaient respectivement de 16.8 % et 17 % de consommateurs quotidiens. Ces résultats ne sont pas juxtaposables comme tels à ceux de la maison médicale: dans l'enquête réalisée par l'Union Nationale des Mutualités Socialistes, les tranquillisants comprenaient non seulement les anxiolytiques mais également les neuroleptiques et antidépresseurs. De plus, les populations échantillonnées ne sont pas comparables.

Cette conduite de consommation d'anxiolytiques est probablement banalisée par la population de la maison médicale puisque l'axe médical est peu présent dans les actions à mener (n=15).

Quelques pistes pour des interventions ultérieures

Les propositions d'actions à mener les plus citées par la population sont: développer des attitudes positives (n=45), renforcer le support relationnel et social (n=31), proposer des groupes d'échange (n=20). L'importance de ces réponses met en évidence des interventions insuffisamment étudiées dans la bibliographie.

Certaines techniques comme la relaxation (n=6) ou la psychothérapie (n=5) sont très peu mises en avant; elles seraient à promouvoir parmi la population étant donné leur efficacité.

Quels objectifs?

Les objectifs d'intervention sont à développer autour de deux axes: l'organisation des services et l'éducation pour la santé.

L'organisation des services

Au sein de la maison médicale

Il s'agit d'informer et sensibiliser les professionnels et la population, de favoriser un meilleur dialogue entre eux concernant l'anxiété tant sur la reconnaissance du problème que sur les modes d'intervention à développer.

Il s'agit d'optimiser le rôle du généraliste et du centre de santé. Ce point concerne l'attention des intervenants aux événements de vie, le développement de stratégies d'alternatives d'intervention (critères d'utilisation, standardisation d'intervention et évaluation). Les alternatives d'intervention comportent aussi bien la relaxation, le support social que la prescription d'anxiolytiques.

Hors de la maison médicale

Il s'agit de favoriser des lieux non-médicaux permettant des échanges (renforcement ou création de supports sociaux).

L'éducation pour la santé

Des objectifs généraux peuvent être proposés tant au sein de la maison médicale qu'au niveau des partenaires locaux et de la population. Il s'agirait de:

- informer et sensibiliser l'ensemble des interlocuteurs du réseau social local en partant de la définition opérationnelle de l'anxiété;
- développer le support social;
- former aux attitudes positives d'écoute, renforcer la capacité des individus à faire face aux événements de vie de façon positive, cette capacité pouvant être transférable à d'autres situations;
- promouvoir des groupes de self-help pour personnes anxieuses soit à partir du problème de l'anxiété lui-même, soit à partir de facteurs causaux énoncés par la population (famille, problèmes affectifs, santé, métier, études, problèmes matériels).

Conclusions

Une remarque générale concerne le danger de médicaliser un problème qui n'est pas exclusivement médical. Ce n'est déjà plus vraiment un risque puisque les patients consultent leurs médecins aussi pour ce type de malaise indéfinissable et que ceux-ci sont régulièrement amenés à leur prescrire des anxiolytiques. Evidemment il est indispensable de distinguer la responsabilité et donc le champ d'intervention du réseau médical et du réseau social.

Les médecins et soignants qui sont quotidiennement confrontés à des patients anxieux, ont aussi à signaler le malaise social qu'ils détectent auprès de leur population et à interpeller le réseau social pour que celui-ci renforce les structures de soutien non-médicalisées.

Les médecins confrontés à cette souffrance interviennent par une écoute et un accompagnement des patients et aussi par la prescription d'anxiolytiques; le problème est en partie médicalisé même si la satisfaction du patient (et de son médecin) n'est pas toujours rencontrée. Ce qu'il faut, c'est développer des alternatives d'intervention que le médecin, seul, ne pourrait développer et auxquelles il pourra faire appel.

Dans cette optique, l'éducation pour la santé est importante. Elle est à intégrer dans un travail pluridisciplinaire et multi-focal tant dans le réseau médical que dans le réseau social.

Bernadette Taeymans

Si cet article vous a intéressé, et que vous désirez en approfondir la lecture, vous pouvez prendre contact avec l'auteur au 02/237.48.52. ■

Diabète

Cette maladie est un sujet vedette en éducation du patient. Pas étonnant que le Bulletin d'Éducation du Patient lui consacre toute une livraison. Au menu:

- l'éducation des patients diabétiques à l'Hôpital Erasme: la fonction d'infirmier conseil en diabétologie;
- la technique MétaPlan (1): applications en diabétologie;
- vivre avec le diabète, une approche psychologique au cours des semaines d'éducation organisées pour des groupes de patients diabétiques à l'Hôpital Erasme.
- les stades d'acceptation: leur importance pour l'observance et la relation patient-soigné;
- pédagogie de la diététique: vers un enseignement plus réaliste de l'enseignement des équivalences glucidiques aux patients diabétiques;
- évolution d'un programme d'éducation du patient diabétique;
- Contacts-Diabète. Le groupement des patients diabétiques de l'Hôpital de la Citadelle.

Pour rappel, l'abonnement au Bulletin d'Éducation du Patient, qui paraît 4 fois par an, coûte 900 FB (institution), 600 FB (individuel) ou 450 FB (étudiant).

Pour tout renseignement: Centre d'Éducation du Patient, 4 rue Fond de la Biche, 5530 Godinne. Tél.: 082/61.46.11. ■

(1) La méthode MétaPlan est une technique de communication où la discussion de groupe s'appuie sur un matériel de visualisation (cartes, panneaux, pastilles).

Adolescences, alimentation et santé

Le Comité français d'Éducation pour la Santé a organisé, le 7 décembre 1990, un colloque sur l'alimentation des adolescents. Les actes de ce colloque sont sortis dans le courant de 1992.

Des noms connus dans le secteur de l'éducation pour la santé en France y sont intervenus, comme Jean-Pierre Deschamps, François Baudier, Matty Chiva ou encore Marc Danzon. Voici un échantillon des titres de leurs interventions pour vous mettre l'eau à la bouche:

- Les adolescents, leur santé et leur alimentation. Hippocrate au fast-food;
- Les modes de vie des jeunes et l'alimentation;
- Les goûts des 12-18 ans: 1000 adolescents répondent;
- La malbouffe des adolescents: des idées reçues aux enquêtes récentes;
- 36 questions au menu: montage audiovisuel destiné aux adolescents;
- Éducation nutritionnelle et télématique.

Une annexe apporte un complément d'information en présentant des textes sur les "caractéristiques psychologiques des adolescents", la "psychopathologie des conduites alimentaires" et les "valeurs sociologiques associées à l'alimentation" (un texte de Claude Fischler, évidemment!).

Comité français d'Éducation pour la Santé, rue Auguste Comte 2, F-92170 Vanves, France. ■

Quand on n'a que l'amour

Le propos de ce livre est l'éducation sexuelle et affective des jeunes au temps du sida. Il est le fruit de l'expérience et de la réflexion d'une dizaine de personnes. Chacun y apporte des éléments, les pistes sont multiples, mais, vu la complexité des questions abordées, pas toujours faciles à suivre.

Les auteurs ont pris le temps de décrire le parcours de leur travail sur le terrain et d'en dégager le fil conducteur. L'outil est un ensemble de films de Claude Nobels, de scénarios et d'émissions. Pourquoi des films? L'expérience des auteurs confirmée par des études, est qu'un

film (fiction éducative) suivi d'un débat avec les jeunes, animé par un formateur compétent, est la méthode éducative la plus riche.

La première partie est une réflexion proposée par Philippe Van Meerbeek.

La deuxième partie du livre rassemble l'ensemble des scénarios écrits et présentés par Claude Nobels.

Trois approches "métas", autour de ces scénarios, constituent la troisième partie:

- Ann d'Alcantara, responsable du Département "Adolescents et jeunes adultes" du Centre Chapelle-aux-Champs, témoigne de l'usage de ces films en matière de prévention auprès des jeunes.
- Jean-Pierre Meunier, Président du Département de Communication sociale à l'UCL porte quant à lui un regard théorique sur le principe de la fiction éducative.
- Antoine Masson, psychiatre et chercheur dans l'unité de psychologie médicale, propose de réfléchir au concept du film-événement à l'adolescence.

La quatrième et dernière partie est consacrée à la formation des formateurs. La retranscription d'une série d'émissions intitulées "Histoires d'amour" vise à sensibiliser les adultes formateurs à trois dimensions de l'amour humain: le désir, la passion et la jouissance.

Marie-Hélène Rabier, journaliste à la RTBF et Philippe Van Meerbeek tentent à partir de ces éléments, de dégager les questions sur l'amour qui nous interpellent tous et Alex Lefebvre, doyen de la faculté de psychologie à l'UCL y apporte ses réflexions.

Voici un extrait qui permet de mieux saisir la démarche dans laquelle ce livre veut s'inscrire:

"Le document de prévention peut se définir comme un ensemble de fragments qui témoignent d'une certaine lecture pour en permettre une autre. Reprenons ce que serait la prévention. Qu'est-ce que prévenir? Sûrement pas prévenir qu'il se passe quelque chose. Il s'agit plutôt

**Si vous voulez continuer à recevoir Education Santé,
n'oubliez pas de nous renvoyer le bulletin en page 37.**

de PROMES. Elles ne sont pas exhaustives et ne constituent qu'une partie des données disponibles. Au total, une cinquantaine de références sont reprises dans ce numéro.

On y retrouve des documents généraux et d'autres par thématiques spécifiques: santé maternelle et infantile, santé mentale, assuétudes, virus HIV et sida, suicide, maladies cardio-vasculaires, santé des personnes âgées, alimentation, hygiène dentaire. Comme vous pouvez le constater, les thèmes abordés sont multiples et peuvent rencontrer la diversité d'intérêt de nombreux intervenants, ce qui était l'objectif des auteurs.

Quelques références bibliographiques..., PROMES-ULB, Santé Pluriel n° 10, 1992, 38 p., 200 FB.

PROMES nous annonce également les thèmes qui seront abordés dans les numéros de cette année: le sida, la consommation des médicaments chez les jeunes, les toxicomanies, la santé mentale, les accidents domestiques chez les personnes âgées.

Pour acquérir un numéro ou pour vous abonner, vous pouvez vous adresser à PROMES, Ecole de santé publique ULB, route de Lennik 808, CP 596, 1070 Bruxelles, tél.:02/555.40.81. ■

Relever les défis de la Santé du Monde

Une brochure de réflexion et de référence sur ce qu'est aujourd'hui l'éducation pour la santé, proposée conjointement par H.S. Dillon (Division de l'éducation pour la santé de l'OMS) et D. Tolsma (Union Internationale d'Education pour la Santé), en collaboration avec le Centre de Contrôle des Maladies (USA), sur base d'une recherche de Marshall W. Kreuter.

Les auteurs y rappellent que "dans le contexte de l'éducation pour la santé, les comportements sains ne signifient pas seulement les actes que l'on peut définir comme des

modes de vie sains et des attitudes de prévention, mais aussi les actions sociétales qui appuient l'élaboration et la mise en vigueur de politiques équitables pour la santé, l'environnement et le social". Comme on le voit, les auteurs s'inscrivent en droite ligne dans la tendance actuelle à concevoir l'éducation pour la santé dans son acception la plus large. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si l'Union Internationale d'Education pour la Santé a

proposé cette année à ses membres de changer de nom et de s'appeler dorénavant Union Internationale de Promotion et d'Education pour la Santé. Ce genre de décision est en général mûrement réfléchi...

Un document mince mais dense, enrichi par une liste de références de trois pages.

H.S. DILLON, D. TOLSMA, *Relever les défis de la Santé du Monde*, 1992.

Le profil de l'éducateur pour la santé idéal

- Avoir des connaissances de base des fondements scientifiques, théoriques et méthodologiques de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé, de l'épidémiologie (en particulier sociale et de comportement), de l'organisation et du développement communautaires, des théories sociales, du comportement, de l'éducation et de la communication, et des processus et méthodes de l'éducation et du changement social.
- Connaître les peuples et les coutumes de la région dans laquelle ils travaillent, les priorités de santé qui menacent la qualité de la vie et les conditions de vie et les comportements associés à ces problèmes de santé.
- Etre capable de recueillir les données sur les aspirations et les besoins individuels et collectifs et les informations sur les conditions socio-économiques et sur l'environnement culturel.
- Savoir appliquer, lorsque cela est nécessaire, des stratégies éducatives adaptées y compris les méthodes d'organisation communautaire, de communication, et de "marketing" social.
- Connaître les influences extra-sanitaires qui agissent sur le soutien aux programmes de santé, par exemple: les facteurs administratifs et d'organisation, l'évolution démographiques, les changements technologiques, les forces politiques et économiques, les points de vue culturels et idéologiques (religieux, conservateur, socialiste...).
- Savoir gérer personnels et ressources lors de la programmation, gestion et évaluation des programmes.
- Etre en mesure de concevoir des programmes qui impliquent différents secteurs de la société ainsi qu'une collaboration intersectorielle, définie comme étant la gestion et la coordination de multiples groupes et organisations dans le processus de planification.
- Etre capable de communiquer efficacement et de manière pertinente avec les autres membres des équipes de santé publique dont les compétences s'exercent sur les aspects quantitatifs de l'identification des priorités de santé, le contrôle des changements, et l'évaluation du développement et du programme.
- Connaître la manière dont les organismes et institutions travaillent, ce que cela signifie de travailler avec eux, sans oublier les aspects hiérarchiques, de supervision et d'attachement à l'organisation.
- Avoir la capacité et la compétence pour informer les décideurs du rôle, de la fonction et des effets bénéfiques de l'éducation pour la santé, quand elle est organisée et appliquée efficacement.

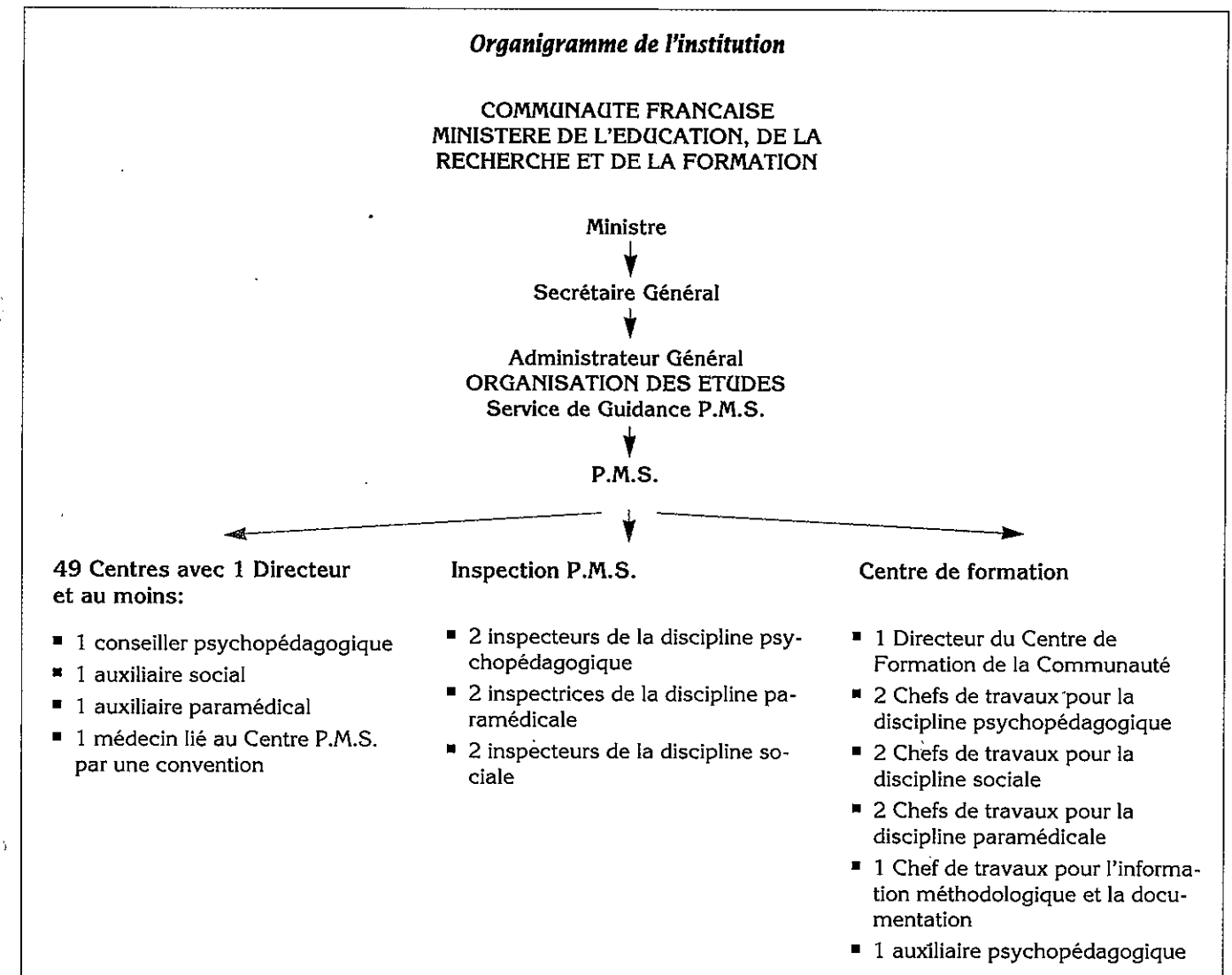
(extrait)

Si vous connaissez cette personne, la rédaction serait heureuse de la rencontrer...

Stratégie

Les Centres P.M.S. de la Communauté française et l'éducation pour la santé

Les Centres P.M.S.: la structure et les missions



Structure d'un Centre P.M.S.

Un Directeur (1) dirige au moins une équipe composée d'un conseiller psychopédagogique (1), d'un auxiliaire social (diplôme d'auxiliaire social), d'un auxiliaire paramédical (diplôme d'accoucheuse, d'infirmière graduée hospitalière, psychiatrique, de pédiatrie, sociale), et d'un auxiliaire psychopédagogique (certificat d'aptitude aux fonctions de conseiller ou d'assistant en O.P., diplôme d'assistant en psychologie).

Le médecin ne fait pas partie du cadre mais est lié par une convention et payé pour les examens médicaux qu'il réalise. Cette convention confirme qu'il est attaché contractuellement au Centre P.M.S. (loi relative aux Centres P.M.S. - M.B. 18/05/1960).

Les missions

A.R. du 13/08/1962 modifié au 24/08/1981.

"1. Contribuer à rendre optimales les conditions psychologiques, psychopédagogiques, médicales, paramédicales et sociales de

(1) Licencié en psychologie, licencié en orientation et sélection professionnelle, licencié en sciences psychologiques et pédagogique, licencié en sciences psychologiques, licencié en psychologie appliquée, licencié en psychologie clinique, licencié en sciences de l'éducation, licencié en sciences pédagogiques, licencié en sciences psychopédagogiques.

l'élève lui-même et de son entourage éducatif immédiat afin de lui offrir les meilleures chances de développement harmonieux de sa personnalité et de son bien-être individuel et social.

Dans ce cadre, la mission comporte:

- a. la prise des initiatives nécessaires à caractère préventif et palliatif afin d'éviter ou de supprimer des facteurs qui constituent une menace ou une entrave pour l'élève, et d'y remédier;
 - b. l'aide et la collaboration aux tâches d'éducation des personnes qui exercent la puissance parentale, des autorités scolaires et de tous ceux qui participent directement au processus éducatif et pédagogique des élèves;
 - c. le soutien au processus d'épanouissement des élèves et l'aide au développement de leurs potentialités afin de contribuer à l'acquisition de leur autonomie, à la croissance harmonieuse de leur personnalité et à leur bien-être individuel et social;
 - d. la collaboration à la tutelle sanitaire des élèves dans les conditions définies par la loi du 21 mars 1964 sur l'inspection médicale scolaire.
2. Fournir aux élèves, aux personnes qui exercent la puissance parentale, aux autorités scolaires et à tous ceux qui participent directement au processus éducatif et pédagogique des élèves, des informations et des avis concernant les possibilités scolaires et professionnelles, en vue de promouvoir le processus de choix individuel;
 3. Assurer l'examen multidisciplinaire et rédiger le rapport d'inscription requis pour l'admission dans le type adéquat d'enseignement spécial en exécution de l'article 5 de la loi du 6 juillet 1970 sur l'enseignement spécial et conformément à l'article 7 de l'Arrêté Royal du 28 juin 1978 portant définition des types et de l'organisation de l'enseignement spécial et déterminant les conditions d'admission et de maintien dans les divers niveaux de cet enseignement.

Les Centres peuvent fournir à toutes les personnes qui en font la demande de l'information et/ou des avis concernant les possibilités en matière d'études, de formations et de professions.

Les Centres peuvent collaborer à des recherches en rapport avec les missions qui leur sont confiées.

Les activités des Centres se limitent aux missions qui leur sont confiées par les lois, à celles fixées au présent Arrêté et à d'autres missions fixées par Nous sur proposition de Nos Ministres de l'Education nationale."

La circulaire du Ministre Di Rupo (16/6/1992) précise les actions prioritaires à développer par les équipes des Centres P.M.S. durant l'année scolaire 1992/1993:

1. La prévention et la remédiation
 - a. la charnière maternel-primaire
 - Définir avec l'équipe pédagogique un programme clair portant particulièrement sur:
 - une meilleure connaissance précoce de l'enfant dans ses aspects socio-affectifs, intellectuels, neuro et psychomoteurs, permettant le dépistage des premiers signes d'inadaptation et de décrochage scolaire;
 - la mise en oeuvre de stratégies concertées de soutien et de remédiation.
 - b) au premier degré de l'enseignement secondaire général et professionnel

Rencontrer les difficultés inhérentes au passage de l'enseignement primaire vers le secondaire.

Les actions concertées porteront principalement sur:

 - une meilleure connaissance de l'adolescent qui permettra notamment la mise en place d'une personnalisation des apprentissages, la prévention des décrochages scolaires;
 - la remédiation;
 - l'actualisation des potentialités;
 - l'installation progressive d'une méthode de travail.
2. L'orientation et l'information

Renforcer le rôle d'orientation et

d'information sur les études et les professions. La dimension européenne sera en outre approfondie.

3. Accompagnement de l'intégration dans l'enseignement ordinaire

Les C.P.M.S. pour l'enseignement spécial réserveront une attention toute particulière aux élèves en situation d'intégration ou de réintégration dans l'enseignement ordinaire. A ce propos, un décroisement avec les C.P.M.S. de l'enseignement ordinaire doit s'opérer.

Pour les activités qui précèdent, une priorité sera accordée aux populations scolaires à risque."

En ce qui concerne la mission d'orientation des élèves, la Communauté française s'est dotée d'un programme original et efficace qui emploie l'ordinateur. Son nom est choix.

Les Centres P.M.S. et la mission I.M.S.

Dans les Centres P.M.S. de la Communauté française, les deux missions I.M.S. et P.M.S. ne sont pas séparées.

Le fait que ce soit la même infirmière qui exerce ces deux missions pour une même population est un grand avantage:

- elle connaît bien la population scolaire et les problèmes médicaux spécifiques à celle-ci;
 - il n'existe évidemment aucune difficulté d'obtenir les données I.M.S.;
 - l'infirmière assure elle-même le suivi et peut faire appel à ses collègues de l'équipe si nécessaire.
- Les missions I.M.S. sont (A.R. de 1964):
- la prophylaxie des maladies contagieuses;
 - le dépistage anti-tuberculeux;
 - le dépistage des déficiences physiques ou mentales pouvant influencer le rendement scolaire;
 - la promotion de l'hygiène dans les locaux scolaires."

L'infirmière des Centres P.M.S. de la Communauté française dépend

Lu pour vous

Comprendre l'environnement pour le reconstruire

A l'heure où l'éducation pour la santé fait de plus en plus place au concept plus large de la promotion de la santé accordant à l'environnement une importance fondamentale, on saluera comme il se doit la parution d'un remarquable ouvrage de synthèse sur la question.

"L'environnement, le comprendre pour le reconstruire", a été rédigé par Thierry Poucet, avec la collaboration de Myriam Gérard et Gérard Valenduc, dans le cadre d'une mission à la FEC (Formation Education Culture, un mouvement d'éducation permanente et de promotion socio-culturelle s'adressant aux travailleurs).

Ce livre part d'un constat: la question environnementale, si populaire aujourd'hui, renferme un certain nombre de zones d'ombre. Celles-ci favorisent l'éclosion de malentendus, de représentations fantaisistes ou tronquées des réalités et, par conséquent, de mobilisations boiteuses. Il faut donc accompagner toute sensibilisation à la défense de l'environnement d'une pédagogie de "dénialement", pour éviter d'être victime d'une forme d'intoxication (due à un angélisme simpliste, pas à des produits dangereux!).

L'ouvrage poursuit un double objectif:

- initier le lecteur à l'importance des enjeux écologiques actuels, tant au plan belge qu'international. La liste en est nombreuse: déchets, transports, exploitation des sols, eau, air, biodiversité, climat, bruit, démographie, impact du tourisme sur l'environnement, etc. L'auteur propose aussi un panorama détaillé des principaux terrains d'action possibles: de la consommation domestique aux régulations économiques et politiques, en passant par la mobilisation de chacun dans son milieu de travail, au sein d'associations spécifiques, à l'échelon

communal, dans le secteur de l'éducation et de la formation...

- alimenter l'esprit critique du lecteur en le confrontant à une série de questions lourdes d'équivoques et de controverses potentielles, comme par exemple "qu'est-ce que l'environnement?", une interrogation beaucoup moins triviale qu'il n'y paraît de prime abord. Pousser aussi le lecteur à la réflexion sur les valeurs et les projets de société sous-tendus par la "lutte environnementale": progrès, nature, urgence, approche globale, maîtrise du monde...

Le sous-titre du livre indique l'orientation prise. Il s'agit d'une part de "reconstruire", et donc de prendre au sérieux l'impératif de changement nécessaire à une gestion responsable de notre capital environnemental, au plan local comme planétaire. Il s'agit d'autre part de comprendre, car pour reconstruire intelligemment, il faut lever bien des équivoques et corriger bien des informations inexactes.

Par l'ensemble de la démarche ainsi décrite, "L'environnement le comprendre pour le reconstruire" s'adresse d'abord au citoyen désireux de s'initier de façon non conventionnelle au vaste thème de l'environnement. Il intéressera aussi le lecteur plus averti désireux de consolider son sens critique dans ce domaine. Les uns et les autres apprécieront l'écriture pleine d'humour de l'auteur, même lorsqu'il aborde les matières les plus arides.

T. POU CET, *L'environnement le comprendre pour le reconstruire*, FEC/Vie Ouvrière, 1992, 232 pages, 545 FB. Imprimé sur papier recyclé, évidemment! ■

Santé Pluriel

PROMES nous propose deux nouveaux numéros de Santé Pluriel: l'un aborde la consommation des médicaments en Belgique, l'autre reprend quelques références bibliographiques portant sur des recherches, des enquêtes menées dans notre pays.

La consommation de médicaments en Belgique: quelques chiffres

Comme nous le signalent les auteurs, ce numéro ne couvre pas tous les problèmes relatifs au bon usage des médicaments; il traite de la (sur)consommation du médicament et non de l'adhésion des patients à leur traitement.

Les données au niveau national sont relativement limitées puisque ne sont disponibles que les chiffres du Ministère des Affaires Economiques concernant la vente des médicaments. Pour les données qualitatives (modes de consommation, caractéristiques des consommateurs, automédication, prescription,...), il n'existe que des données obtenues à une échelle plus restreinte, par le biais d'enquêtes plus qualitatives effectuées auprès de populations non représentatives de l'ensemble des Belges.

Ce numéro permet de rassembler les informations disponibles sur le sujet. Il présente des données concernant la vente des médicaments en Belgique, le portrait des consommateurs de médicaments (qui prend quoi et les modes de consommation), le rôle des intervenants et de l'entourage.

Ce numéro a été réalisé en collaboration avec PROMOCOOP. Comme toujours, il est clair et précis.

"La consommation de médicaments en Belgique: quelques chiffres." PROMES-ULB/PROMOCOOP, Santé Pluriel, n°9, 1992, 27 p., 200 FB.

Quelques références bibliographiques...

Ce numéro 10, défini comme "hors cadre" par les auteurs, est constitué de références bibliographiques disponibles à PROMES. Il ne s'agit pas de n'importe quelles références (on pourrait croire à un double emploi avec le service RESODOC!). Ces références portent sur des recherches, des enquêtes menées dans notre pays et/ou dans une des Régions ou Communautés. Elles sont issues des documents et ouvrages qui constituent en partie la banque de données

Nous pouvons dire, d'après ces résultats, que les Belges témoignent d'un niveau d'acceptation élevé des personnes séropositives. Cette acceptation est plus fréquente parmi les jeunes, les personnes qui ont un niveau d'instruction élevé ou qui appartiennent à une classe sociale élevée.

Sans doute s'agit-il d'attitudes relativement théoriques, la plupart des gens ne connaissant pas de personnes séropositives; on ne peut pas affirmer que tous maintiendraient cette acceptation des personnes séropositives une fois réellement mis en situation. Toutefois, une première analyse montre que les répondants qui connaissent une personne séropositive affirment, au moins aussi souvent que les autres, qu'elles accepteraient de partager les situations de vie proposées, avec des personnes atteintes.

Ces chiffres semblent indiquer que la majorité des Belges interrogés ne seraient pas prêts à accepter, en tant que telles, des mesures d'exclusion; l'acceptation des personnes séropositives est perçue comme une valeur à laquelle il convient d'adhérer. Les campagnes générales et les programmes spécifiques doivent donc s'appuyer sur ce climat général, veiller à le renforcer, et à le répandre auprès de la minorité qui signale des attitudes d'exclusion; enfin, à combattre les rumeurs et les craintes irrationnelles qui pourraient fragiliser ces positions de principe.

En effet, d'autres résultats montrent que le problème est plus complexe qu'il n'y paraît à première vue: lorsqu'il s'agit de laisser leurs enfants ou petits-enfants en compagnie d'une personne séropositive, seuls 59% se disent prêts à accepter cette proximité. L'enquête française, évoquée ci-dessus, constate le même repli face à cette question.

On peut faire l'hypothèse que des méconnaissances subsistent; ou que, lorsqu'il s'agit des enfants, la rationalité s'effrite et fait place à un sentiment de crainte plus ou moins diffuse qui bouleverse quelque peu l'adhésion à un principe de solidarité. Il convient toutefois, à nouveau,

de nuancer ce résultat global, puisqu'ici encore, ceux qui connaissent des personnes séropositives manifestent une attitude d'acceptation nettement plus fréquente que les autres (72% contre 58%).

Dépistage et santé publique

Un élément moins rassurant dans cette enquête, est l'accord manifesté pour que le dépistage soit obligatoirement appliqué à certaines catégories de la population:

- dans les prisons, 67%;
- pour les femmes enceintes, 68%;
- pour les professionnels de la santé, 54%;
- pour les toxicomanes, 75%;
- pour les prostituées, 76%.

En outre, 55% des répondants trouvent normal que les hôpitaux fassent le test de dépistage sans prévenir le patient. Par rapport à la confidentialité du test on obtient les réponses positives dans des proportions variables, à la question suivante:

"Les personnes suivantes doivent-elles avoir accès aux résultats du test de dépistage du sida?". Oui pour le médecin traitant (92%) et le conjoint (91%). Réponse plus mitigée en ce qui concerne l'employeur (17%) et l'assureur (28%).

Signalons ici encore, une tendance opposée au dépistage obligatoire, plus fréquente chez les répondants qui connaissent une personne atteinte.

Que recouvrent exactement ces positions? La technique du sondage ne permet pas de recueillir des informations très nuancées, mais seulement un climat général. Nous ne savons pas dans quelle mesure les personnes interrogées ont déjà eu l'occasion de réfléchir à ce problème, disposent d'informations suffisantes à ce sujet, et mesurent les conséquences sociales et individuelles que pourraient entraîner - et qu'entraînent, dans certains pays -, des mesures de ce type. L'obligation du test est-elle évoquée comme une mesure utile pour la personne concernée uniquement, sans que cela n'implique la communication

du résultat à des tiers? Les résultats diversifiés obtenus en matière de confidentialité ne permettent pas de se prononcer à cet égard. Cette mesure serait-elle le premier pas vers un étiquetage permettant d'exclure la personne de certaines situations sociales? Cette hypothèse semble à écarter, étant donné la volonté de non exclusion, clairement exprimée par ailleurs.

Dépistage et dialogue

On peut faire l'hypothèse qu'une telle position relève, à la fois de la méconnaissance et d'un mythe de maîtrise technique, amenant les gens à se prononcer en faveur d'une mesure visible, concrète, qui ne laisserait rien au hasard et à la bonne volonté. Sans doute les personnes interrogées ont-elles l'impression que ces atteintes à la vie privée se justifient par les nécessités de la santé publique: d'autres mesures restrictives ayant force de loi, manifestent le droit et le devoir de l'Etat d'assumer une responsabilité vis-à-vis de la santé de la collectivité (dépistage de la tuberculose, vaccin antipolio, port de la ceinture de sécurité, interdiction de fumer dans les lieux publics).

Les résultats obtenus signalent donc que le test de dépistage pose question.

Il est donc important de travailler cette question. Dès ce mois d'avril, une campagne d'information des médecins généralistes et des patients va être menée. Il s'agit de permettre le dialogue sur le sida dans le cabinet de consultation. Il s'agit aussi de combattre les fausses rumeurs quant à l'efficacité du dépistage systématique ou obligatoire en matière de santé publique. Pour les professionnels de la prévention, l'obligation du test n'a ni efficacité, ni utilité en matière de santé publique. Il peut même avoir des effets inverses à la prévention du sida.

A la lumière des résultats de cette enquête, il n'est pas inutile de le rappeler au public.

Agence de Prévention du Sida ■

du médecin pour les actes techniques médicaux.

Elle est responsable de la tutelle sanitaire, de la surveillance et de la poursuite des mises au point, des contrôles de l'exploitation des constats médicaux, des mesures biométriques et sensorielles.

Le Directeur du centre vérifie l'exécution et la qualité des interventions (méthodologie des Centres P.M.S. - 1970).

Les Centres P.M.S. et l'éducation pour la santé

La "tutelle sanitaire", définie par l'A.R. de 1964 sur l'I.M.S. amenait les infirmières à aborder avec l'élève et régulièrement avec les parents des thèmes tels que l'hygiène, les problèmes de régime, les problèmes visuels ou auditifs ou des thèmes plus spécifiques liés à des "maladies" de l'élève (ex. épilepsie, diabète, asthme).

Le terme "éducation pour la santé" est apparu et l'Inspection P.M.S. a insisté pour que des actions dans ce domaine apparaissent dans le programme des Centres. Les premiers pas ont été réalisés par des infirmières qui, à l'occasion des visites médicales, ont mis à la disposition des élèves des documents, des brochures de la Croix-Rouge...

Actuellement, presque tous les Centres abordent l'éducation pour la santé. Comment?

- soit en relevant les points faibles de leur population scolaire et en créant des actions ponctuelles pour ce domaine (ex. les premiers soins dans les classes professionnelles);
- soit en répondant aux demandes des directions d'école ou des enseignants (ex. le sida, la drogue);
- soit en proposant eux-même des thèmes (ex. alimentation, brossage des dents, lutte contre le tabac, éducation sexuelle et affective, etc.).

Qui participe à ces actions?

- l'infirmière est presque toujours impliquée, le médecin participe parfois. L'assistant social et le

psychologue participent activement pour certains thèmes tels que, par exemple, l'éducation sexuelle et affective. Cette approche tridisciplinaire est, incontestablement, une richesse et entraîne une efficacité plus grande.

- l'éducation pour la santé se réalise aussi très souvent en collaboration avec les enseignants (ex. professeur de biologie, de morale, de pratique professionnelle,....).

Formation des agents P.M.S.

- La Communauté française accorde 12 jours de formation annuelle au personnel P.M.S. qui le désire.
- Le Centre de Formation pour le personnel technique des Centres P.M.S. de la Communauté française a suivi cette évolution et a proposé des formations dans différents domaines:
 - des séminaires de "méthodologie en éducation pour la santé";
 - l'emploi du matériel audio-visuel;
 - la conduite de réunion;
 - la maturation personnelle et vocationnelle;
 - l'approche de la dynamique de groupes;
 - un séminaire d'analyse institutionnelle en plus de formations plus centrées sur le "relationnel" telles que Carkhuff, analyse systémique, analyse transactionnelle.
- Les Inspecteurs, dans le cadre de la formation décrétable (Décret de la Communauté française du 24/12/90) proposent aussi des activités qui peuvent aider le personnel dans la mission d'éducation pour la santé. Notamment:
 - formation de formateur au travail en équipe;
 - formation de formateur à l'intervention sur des groupes;
 - formation aux techniques centrées sur la réussite;
 - formation à la sécurité à l'école;
 - formation à l'animation de groupe de motivation des parents à la collaboration avec la communauté éducative.

Les Centres P.M.S. et la collaboration avec les services extérieurs

De nombreuses ASBL d'éducation pour la santé ont vu le jour et proposent leurs services dans les écoles.

La circulaire du 16 juin 1992, adressée aux écoles par le Ministre de l'Education, Monsieur Di Rupo, précise de façon claire le rôle prépondérant des Centres P.M.S. dans les actions d'éducation pour la santé développées dans les établissements scolaires.

"Les Centres P.M.S. de la Communauté française ont une mission de guidance et d'inspection scolaire des élèves des enseignements maternel, primaire, secondaire et spécial.

Cette prise en charge globale et pluridisciplinaire des élèves est unique et suscite l'intérêt des autres pays de la Communauté européenne.

Aujourd'hui, enseignants, parents et élèves risquent d'être déconcertés par de nombreuses offres de service émanant d'institutions diverses concernnant l'information des jeunes, l'éducation pour la santé, etc.

Sans juger de la qualité de ces intervenants, je crains cependant que la multiplication de ceux-ci nuise à l'efficacité de l'action qui pourrait en résulter.

Dans ces conditions, il me paraît nécessaire de vous rappeler que les Centres P.M.S. sont les interlocuteurs privilégiés des écoles, des parents et des élèves pour tous les aspects d'orientation scolaire et professionnelle, de prévention, de dépistage et de suivi psycho-médico-social.

J'invite donc les directions d'école à en référer aux directions des Centres P.M.S. aux fins de permettre à ces dernières de coordonner leurs actions avec celles desdits intervenants en vue d'améliorer l'efficacité et la continuité des missions qui leur sont dévolues."

En synthèse

Il est important d'informer, d'impliquer et de collaborer avec le Centre P.M.S. lorsque vous envisagez de

mener des actions dans une école de la Communauté française, car c'est lui qui en assurera le suivi.

L'Administration de l'organisation des Etudes, Monsieur Dooms, Admi-

nistrateur Général, rue de la Science 43, 1040 Bruxelles doit être informée avant tout contact avec les écoles ou les Centres P.M.S. de votre projet et du fait que vous allez contacter les écoles.

Josette Samray, Chef de travaux au Centre de formation pour le personnel technique des Centres P.M.S. de la Communauté française ■

■ Un Observatoire de santé dans chaque province, pour quoi faire?

Depuis plusieurs années, de nombreuses régions françaises possèdent un Observatoire de santé. En Belgique, dès 1989, les Tables Rondes sur la santé ont permis de mettre en évidence quelques grandes constatations freinant la mise en place d'une réelle politique intégrée des soins de santé:

- l'hypertrophie du curatif sur le préventif;
- le manque de coordination entre les décideurs, les services et les intervenants;
- le manque d'adaptation de la politique de santé au plan local;
- le manque de méthodes d'évaluation suivies et rigoureuses.

Ces diverses constatations ont permis de déterminer deux thèmes à la base de la mission des Observatoires de santé:

- la coordination socio-sanitaire préventive;
- l'évaluation permanente en matière de santé.

Voici quelques grands principes précisant ces deux thèmes.

La coordination socio-sanitaire préventive

Elle ne peut réellement s'envisager que dans une optique globale de l'action sanitaire et où la santé se rapproche davantage de la notion de qualité de vie. L'action sanitaire ne relève plus uniquement de techniciens qualifiés mais devient le problème de tous (importance du partenariat et de la pluridisciplinarité).

La coordination a intérêt à être basée sur un secteur local tenant compte des aspirations et des particularités des différents groupes de vie, d'où l'importance de définir la notion de district socio-sanitaire sur lequel va réellement porter la coordination. Qu'est-ce qu'un district socio-sanitaire? Il s'agit d'une "entité sociologique et démographique particulière dans un espace géographique limité au sein duquel la majorité de la population trouve, de fait et pour l'essentiel, réponse à des besoins essentiels de vie et peut effectivement participer aux décisions locales".

La coordination rend indispensable le fait de préciser les objectifs à atteindre pour chaque mode d'action en fonction des différents niveaux de prévention. Cela permet ainsi aux partenaires de se situer dans le processus général de coordination collective.

La coordination a toujours intérêt à être basée sur une volonté permanente de recherche-action incluant les utilisateurs et les citoyens.

Evaluation permanente dans le domaine socio-sanitaire

Pour réaliser une réelle évaluation de l'action socio-sanitaire, la priorité est d'établir un état des lieux de l'offre et de la demande socio-sanitaires relatif aux caractéristiques de la population locale concernée et devant nécessairement déboucher sur la mise en oeuvre d'objectifs opérationnels précis et de paramètres stables.

La volonté d'une coordination horizontale, proche du citoyen amène à

la mise en place d'un état des lieux par district socio-sanitaire. La coordination globale doit aussi être envisagée de manière verticale.

Trois niveaux de coordination doivent exister:

- 1er niveau: celui du district socio-sanitaire proche du citoyen;
- 2ème niveau: celui de la Province qui pourra tenir compte des observations et actions enregistrées dans chaque district;
- 3ème niveau: celui de la Communauté française où pourront se rencontrer et travailler les divers observatoires provinciaux.

Pour conclure, l'Observatoire de santé provincial, réelle charnière entre la coordination horizontale globale et la coordination verticale, devrait présenter les missions minimales suivantes:

1. analyse permanente et collecte des données dans le domaine socio-sanitaire ainsi que les aspects de l'environnement physique;
2. recherches et études sur la demande et l'offre en matière de santé;
3. diffusion de l'information et de la formation au travers des différents districts;
4. statistiques comparatives, analyse paramétrique et évaluation longitudinale;
5. actions méthodologiques coordonnées.

(d'après un texte de Christian Lalière, Président de la section de l'aide sociale de l'Union des Villes et des Communes belges)

Prévention sida

■ Enquête "Sida et discrimination"

Une solidarité à encourager

Les Belges se sentent concernés et solidaires face au sida. C'est ce qui ressort de l'enquête menée en octobre et novembre derniers dans le cadre de la campagne "Solidarité" menée par l'Agence de Prévention du Sida. Cependant des fausses croyances subsistent sur le test de dépistage systématique et obligatoire.

L'information passe par le cabinet du généraliste. Dès ce mois d'avril, une campagne d'information et sensibilisation encourage médecin et patient à aborder le thème du dépistage.

L'enquête centrée sur les attitudes de discrimination vis-à-vis des personnes séropositives, a été organisée dans le cadre de la campagne de l'Agence de Prévention du Sida sur la solidarité. Il sera utile de la répéter afin de suivre l'évolution des attitudes en matière de discrimination.

880 personnes ont été interrogées par téléphone par l'Institut Dimarso, sur le thème de la solidarité avec les personnes atteintes par le virus du sida. 841 ont accepté de répondre jusqu'au bout au questionnaire. La représentativité socio-économique est limitée par le fait que les personnes ne possédant pas le téléphone (20% de la population) échappent à ce type d'enquête.

Conscience du risque

Le sida est une question sur laquelle la majorité des gens acceptent de s'exprimer. Parmi les personnes interrogées, peu d'entre elles ont refusé. De plus, elles pensent que la place accordée au sida dans l'information et dans la répartition des budgets n'est pas excessive: 70 à 80% ne sont pas d'accord avec les phrases suivantes:

"On parle trop du sida"

"Les media exagèrent les risques du sida"

Répartition des répondants	
sexe	
hommes	417
femmes	424
âge	
18-24	113
25-34	248
35-44	229
45-54	166
55-59	85
région	
Wallonie	619
Bruxelles	222

"On dépense trop pour le sida et pas assez pour d'autres maladies"

"En Belgique, le risque du sida est tellement faible que ce n'est pas la peine d'y penser"

95% trouvent que la publicité pour les préservatifs à la TV est une bonne chose; 86% seraient d'accord pour qu'un distributeur de préservatifs soit installé au sein de l'établissement scolaire de leur enfant. Une telle mesure serait-elle utile, ne provoquerait-elle pas d'effets indésirables? Des recherches plus fines seraient nécessaires; ce résultat semble en tous cas traduire une certaine inquiétude des adultes face aux risques courus par les jeunes. Il indique aussi que l'école leur semble un lieu adéquat pour la prévention.

La majorité des répondants sont conscients du risque, et n'estiment pas qu'il soit réservé à certaines catégories de la population. 74% des répondants pensent qu'en Belgique, n'importe qui peut être contaminé par le virus du sida.

Pour certains, le risque du sida est perçu sur le plan personnel: 28% des personnes interrogées se sont déjà demandé si elles n'avaient pas été contaminées par le virus du

sida. Cette inquiétude est plus fréquente chez les personnes âgées de 25 à 44 ans; chez celles qui ont un niveau d'instruction supérieur; chez celles qui appartiennent à une classe sociale élevée.

On peut faire l'hypothèse que le pourcentage de personnes inquiètes est plus élevé que celui des personnes ayant de réels comportements à risque (dans une récente étude française, celles-ci sont évaluées à environ 10% de la population; prévalence à définir en Belgique). Des recherches plus complexes sont nécessaires pour analyser la cohérence existant entre l'inquiétude et la prise de risque effective.

Solidarité

L'enquête est plus particulièrement centrée sur les attitudes de la population en matière d'acceptation des personnes séropositives. Les résultats suivants montrent que la majorité des gens se déclarent prêts à accepter ces personnes dans leur environnement immédiat:

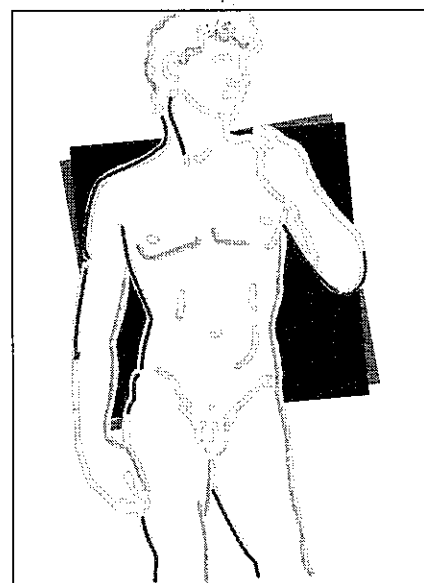
- 93% accepteraient ainsi de travailler en compagnie d'une personne séropositive, ou d'aller manger avec elle;
- 86% accepteraient de partir en vacances avec elle;
- 94% trouvent illégitime de licencier une personne atteinte du sida;
- 92% trouvent qu'il ne faut pas isoler les personnes atteintes du reste de la population;
- 91% ne seraient pas d'accord pour que le personnel médical refuse de s'occuper des personnes malades du sida, ni pour que l'on interdise à un enfant atteint du sida, d'aller à l'école ou à la crèche;
- 90% seraient d'accord pour qu'une association ouvre un lieu d'accueil pour des malades du sida dans une maison voisine de la leur.

roulement du test y est expliqué aux parents; on y pose également le problème du dépistage systématique ou de la définition d'un type d'enfants à risque chez qui pratiquer le test.

Une deuxième brochure s'adresse aux parents d'enfants chez qui le test s'est avéré positif: on vient de leur annoncer que le bébé devra être relié à un moniteur partout où il est susceptible de s'endormir (dans son lit, en voiture, à la crèche,...) Ce petit guide pratique veut avant tout dédramatiser la situation. Il détaille les multiples aspects de l'utilisation du moniteur et surtout de l'intégration de "l'intrus" dans la vie quotidienne de la famille.

"La Mort Subite du Nourrisson et le test du sommeil" et "Votre bébé et son moniteur", janvier 1993, Association pour la Prévention de la Mort Subite du Nourrisson a.s.b.l., avenue J.J. Crocq 15, 1020 Bruxelles, tél. 02/477.32.89. ■

■ La prostate



Les problèmes de prostate touchent largement la population masculine puisqu'à partir de 50 ans, environ un homme sur deux a un adénome de la prostate. Le service Infor Santé des Mutualités Chré-

tiennes vient de publier un dépliant sur ce sujet.

Cet outil d'information à l'intention du grand public peut être proposé en salle d'attente ou lors d'animations santé.

Vous y trouverez des informations simples et précises sur les problèmes de prostate, les examens médicaux possibles, les maladies et leurs traitements. L'accent est également mis sur l'importance du dépistage.

Vous pouvez recevoir gratuitement un spécimen de ce dépliant et de l'affiche l'accompagnant à Infor Santé ANMC, 121 rue de la Loi, 1040 Bruxelles. Tél.: 02/237.48.53. ■

■ Pour une ossature en béton

Un nouveau guide santé de Femmes d'Aujourd'hui est sorti. Il traite de façon très précise de l'ostéoporose et surtout de sa prévention.

Un premier chapitre nous fait voyager au coeur du fonctionnement osseux.

Une large part est ensuite consacrée à l'alimentation et notamment à l'apport de calcium qui doit être maximal pendant les vingt premières années de la vie si on veut éviter une déperdition osseuse trop importante au moment de la ménopause. L'exercice physique à tout âge semble aussi très important pour fortifier l'ossature.

L'ostéoporose est bien entendu expliquée en long et en large: comprendre, diagnostiquer et traiter sont les trois maîtres-mots.

Enfin, une quatrième partie présente d'autres affections osseuses qui concernent aussi bien les hommes que les femmes.

Guide santé - Pour une ossature en béton, Les pratiques de Femmes d'Aujourd'hui, 1992, 64 pages.

Femmes d'Aujourd'hui, avenue Brugmann 27A, 1060 Bruxelles, tél 02/537.92.52. ■

■ Les 18-30 ans et le sport

En 1991, une enquête avait été demandée par le Ministère des Sports de la Communauté française concernant les pratiques sportives des jeunes de 6 à 18 ans. Une première brochure est parue peu après en décrivant les résultats (il s'agissait en fait d'un tiré à part de l'article paru dans la revue Sport).

L'enquête a été continuée en 1992, et s'est intéressée à la population des 18 à 30 ans. Les résultats viennent de paraître.

Plus de la moitié des individus de l'échantillon (58,4%) déclarent pratiquer au moins un sport. Le nombre d'heures consacrées à la pratique sportive par semaine est de plus de 5 heures pour 30%, entre 3 et 5 heures pour 23% et entre 1 et 3 heures pour 41%. Pour 6%, la pratique sportive hebdomadaire est de moins d'une heure. Le constat n'est donc pas aussi négatif qu'on aurait pu penser.

Il faut toutefois nuancer: 70% des hommes s'adonnent à un sport contre seulement 46% des femmes. Cette différence est en grande partie liée à la tendance à abandonner la pratique sportive dès l'arrivée des enfants.

L'âge joue aussi un rôle sensible dans le groupe des femmes: on constate une chute de 10% de la pratique sportive entre le groupe des femmes de 18-24 ans et celui de 25-30 ans.

La pratique sportive n'est pas indépendante du milieu socio-professionnel: on constate un taux de pratique de 89% chez les cadres supérieurs, de 61% chez les ouvriers, de 43% chez les chômeurs et 35% chez les ménagères.

L'enquête donne aussi une série d'indications concernant les facteurs qui amènent à la pratique sportive, les motivations et le type de pratique sportive, les motivations des non-pratiquants,...

Les 18-30 ans et le sport en Communauté française, in Revue Sport n°140, 1992, tiré à part disponible auprès de l'ADEPS, boulevard Léopold II 46, 1080 Bruxelles. ■

L'Observatoire de Santé de Namur

La mise sur pied d'un Observatoire de Santé dans la Province de Namur est issue d'une réflexion commune et concomitante entre les responsables provinciaux et divers acteurs socio-sanitaires du terrain.

Cette démarche visait à créer un réel lieu de rencontre permanent entre les acteurs socio-sanitaires du terrain, les décideurs locaux et provinciaux, les experts en santé publique et les universitaires.

Créé en novembre 1991 sous la forme juridique d'une asbl, l'Observatoire de Santé de la province de Namur a pour missions essentielles de:

- mieux maîtriser, connaître et évaluer les questions relatives au bien-être physique, mental et social des populations de la province;
- développer des actions préventives et soutenir, renforcer, voire

susciter la capacité d'interventions coordonnées des acteurs de la santé et des populations face aux situations rencontrées;

- rendre des avis et les transmettre aux acteurs, décideurs publics et privés.

Pour réaliser ces missions, l'asbl s'est assurée le concours de plusieurs groupes de réflexion: les uns à finalité administrative ou politique, les autres avec des objectifs plus sociaux. Ces groupes appelés "Collèges" sont au nombre de 8:

- Collège des administrations;
- Collège des collectivités locales;
- Collège des professions de santé;
- Collège de l'intra-muros;
- Collège de l'extra-muros;
- Collège des organismes de prévoyance: défense du consommateur et éducation à la santé;
- Collège des experts;
- Collège des mouvements représentatifs des travailleurs et d'éducation permanente.

A partir des missions essentielles de l'asbl, l'Observatoire de Santé de Namur a précisé certains objectifs: d'une part mettre en place un observatoire social permanent (banque de données) au niveau de la province et d'autre part, mener des actions ciblées en fonction de l'analyse des problèmes relevés par les différents acteurs socio-sanitaires du terrain.

Sur base du travail des Collèges et des propositions faites par le bureau, le conseil d'administration a approuvé un premier projet de recherche dont le thème est "qualité de vie, assuétudes et bien-être des populations de la province".

La structure étant maintenant mise en place, les mois qui viennent permettront certainement de présenter des réalisations concrètes.

Observatoire de santé de la Province de Namur, rue Martine Bourtonbourt 2, 5000 Namur. Tél.: 081/73.53.93, postes 366 et 374. ■

■ Promotion de la santé sur le terrain communal

Insuffler une dynamique de promotion de la santé dans ce qu'on définit habituellement comme la cellule de base de la démocratie belge, le niveau de pouvoir le plus proche du citoyen: la commune. L'idée n'est pas neuve mais paradoxalement encore peu explorée. Question Santé, en collaboration avec le Centre Communautaire de Coordination, termine une recherche-action qui voulait approfondir la réflexion dans ce sens. Commune - démocratie - promotion de la santé: quel goût peut donc avoir ce nouveau cocktail?

L'objectif était de réunir différents acteurs communaux autour d'une même table. Des synergies pouvaient alors se créer pour supporter des projets de promotion de la santé à ambition locale.

Des Commissions locales de promotion de la santé ont été mises en place, à titre expérimental, dans les communes de Forest, Senneffe et Marche-en-Famenne. Elles ont réuni les professionnels locaux de la

santé, les responsables communaux et tous les acteurs locaux qui le désiraient, c'est-à-dire essentiellement des travailleurs sociaux, du secteur associatif et des mouvements d'éducation permanente...

Il s'agissait, en partant de l'expérience des gens sur le terrain, de rapprocher la promotion de la santé de la population, de développer des actions là où elles risquent d'être les plus efficaces et de répondre aux besoins réels. Tout cela en visant le meilleur rapport coût/efficacité.

A une autre échelle, on constate l'intérêt que pourrait avoir la création d'un réseau de Commissions Communales de Promotion de la Santé. Celles-ci complèteraient idéalement les structures de l'éducation à la santé mises en place en Communauté française par le décret du 8 novembre 1988. On aurait ainsi un retour participatif depuis la population vers les structures centrales du Centre de Coordination Communautaire, de l'administra-

tion de la santé et finalement du Ministère de la santé de la Communauté française. Le système disposerait ainsi d'un régulateur cybernétique.

Des projets concrets de promotion de la santé ont été lancés dans les trois communes pilotes et se poursuivent actuellement, pris en charge par les seuls acteurs locaux. La relation et les conclusions de cette recherche ont fait l'objet d'un document disponible sur demande à Question Santé. Ce document propose aussi un schéma détaillé du processus de création d'une Commission Communale de Promotion de la Santé. Notre propos, ici, est d'aborder trois enseignements concrets que nous retirons de cette expérience.

L'importance de "l'ethnologie communale"

Rien de plus différent que la vie à Forest et à Marche-en-Famenne. Pas grand-chose de commun non plus entre le fonctionnement poli-

tique à Seneffe et à Marche. Ils sont pourtant régis par les mêmes lois communales...

Dans les trois communes d'expérimentation, nous avons découvert des habitudes, des coutumes, des manières d'être, de faire et de vivre différentes. Nous avons dû apprendre (sous peine de marginalisation de l'effet que nous essayions d'induire) à connaître les *modus vivendi* implicites ou cachés, la pratique quotidienne des travailleurs de la santé, les circuits d'information locaux, les règles en vigueur au niveau politique, les rites de préséance, les usages en matière de coordination, les manies de chacun...

Le projet a été fondamentalement modifié à plusieurs reprises par son adaptation au terrain, avec un maximum de souplesse.

Les bases d'un tel projet de promotion de la santé et de développement communautaire relèvent plus de l'ethnologie que de l'éducation à la santé. Prendre le pouls et écouter les vibrations du terrain communal, de la "culture" locale, prendre le temps, beaucoup de temps pour maximaliser les chances d'impulser un processus de promotion de la santé, c'est aussi donner au projet un véritable ancrage local sans lequel il aura du mal à progresser. Les partenaires potentiels ont besoin de points de repère, d'éléments rassurants parce que connus.

La confrontation de mondes (in)différents

Travailleurs sociaux, médecins, responsables politiques, bénévoles de mouvements associatifs ou simples citoyens soucieux de participer à la vie communale étaient, dans deux des trois communes du projet de Question Santé, peu habitués à travailler (et même simplement à parler) ensemble dans le cadre d'un partenariat concernant des projets de santé. Leurs champs d'action sont en plus essentiellement différents. Leur façon d'exprimer la santé est également fort dissemblable.

Les travailleurs sociaux sont des gens de terrain, mais l'organisation belge de l'action sociale subsidiée morcelle le terrain en différents sec-

teurs de travail au cadre étroit, dont il est difficile de sortir pour aller voir ce que d'autres font. Il n'existe que peu d'habitudes en matière de coordination de la promotion de la santé au niveau local.

Les médecins généralistes, eux, ont une grande indépendance d'esprit et d'action qu'ils acceptent difficilement d'aliéner.

Les responsables communaux réfléchissent logiquement en termes de moyens disponibles et de popularité de leurs activités. C'est la valorisation du projet qui les intéresse au premier plan, sachant que concrètement, une Commission communale de promotion de la santé ne pourra fonctionner sans le minimum de moyens qu'ils voudront lui accorder.

Quant au bénévole du mouvement associatif ou au citoyen, demandeur d'actions concrètes et prêt à s'investir à ce niveau, il est simplement perdu devant le discours et la réflexion des professionnels. Il y trouve peu de points de repères. Il risque dès lors de s'épuiser très vite et de renoncer à participer.

On n'a pas échappé non plus, à Marche, Seneffe et Forest à la monopolisation de l'action sociale par un petit groupe meneur hyper-actif au sein duquel on retrouve souvent les mêmes personnes. Cela existe dans toute dynamique sociale, quelle que soit l'échelle à laquelle on travaille. A terme, cela peut conduire à une disparition de l'aspect participatif du projet si des mécanismes correcteurs ne sont pas mis en place.

On s'est confronté, nécessairement, au conflit d'intérêts entre personnes, qui bien qu'extérieur au contexte du projet, lui nuit plus que tout autre facteur.

Ce facteur humain, en définitive, a littéralement fait voler en éclat certaines considérations et supputations théoriques que nous avions élaborées au départ. D'un même projet, nous avons abouti à trois réalités extrêmement différentes. C'est finalement cet aspect de la réalité, souvent neutralisé ou non-mesurable lors de la phase d'élaboration in abstracto qui structure vraiment la mise en place et la production concrète des projets de promotion de la santé.

D'abord, promouvoir... la promotion de la santé

La santé est un thème générique porteur favorable à la mise en place de projets à visée participative. Le nombre important de partenaires réunis au sein des Commissions communales de promotion de la santé le prouve.

Dans les trois communes de l'expérience, on pouvait observer une conscientisation en croissance de la population par rapport à sa propre santé.

D'autre part, l'élargissement du champ de la santé au-delà de la simple absence de maladie commençait à trouver un écho dans les communes observées. Et les corrélations entre différents éléments de l'environnement en tant que facteurs de santé étaient bien comprises.

C'est ainsi qu'à Marche-en-Famenne, l'étude des besoins réalisée par la Commission communale de promotion de la santé relève en premier lieu une série de thématiques qui tourmentent autour du "mal-être", vécu comme vecteur de mauvaise santé. A Seneffe, les membres de la Commission ont choisi de s'attacher au thème du sport, vecteur indirect de santé.

La conscience collective des problématiques de santé évolue donc vers un élargissement des conceptions et de l'ouverture du thème de la santé à son environnement. Mais cette tendance reste encore timide, ou est ancrée essentiellement au niveau des professionnels, des travailleurs de la santé. On est encore loin de l'intégration des différentes dimensions du concept de promotion de la santé dans la population. A peine commence-t-on à reconnaître l'importance de la prévention et à lui accorder de l'intérêt.

L'interrogation principale de la démarche de Question Santé dans les trois communes où elle a tenté l'expérience est donc la suivante : n'est-ce pas d'abord la promotion de la santé qu'il faut... promouvoir? Mais comment le faire, si ce n'est par la réalisation de projets concrets et par l'action.

Claude Hubermont, Question Santé ■

Matériel

Le corps et son fonctionnement - suites

Nous vous présentions dans le n°69 (juin 1992) la série "Le corps et son fonctionnement" publiée par le GERM.

Pour rappel, l'objectif de ces Cahiers est de fournir un support à ceux qui sont amenés à faire de l'éducation pour la santé, au sein de la population globale ou de certains groupes-cibles spécifiques. On pense ainsi aux interprètes médiateurs en milieu médo-social immigré, aux aides familiales, aux bénévoles en milieu hospitalier, ainsi qu'à tous les autres groupes ou personnes qui seraient amenés à traiter de ces questions.

Tous les phénomènes abordés et le langage utilisé ont été simplifiés et les auteurs s'en tiennent délibérément aux principes généraux et aux descriptions globales sommaires.

Les dossiers II et III sont sortis.

L'un traite de la reproduction humaine: physiologie de la reproduction, grossesse, anomalies et complications de la grossesse, surveillance et kiné prénatale, accouchement, surveillance et kiné post-natale, allaitement, décès périnatal et nouveau-né malade ou handicapé, stérilité, contraception, mst.

L'autre décrit le système digestif, ses affections et leurs traitements; le foie et le pancréas, avec notamment une partie sur le diabète; le système endocrinien et le fonctionnement hormonal.

Soulignons encore que cette excellente série est réalisée en co-production avec Cultures et Santé.

ALEXANDER S., FLAMENT M., JENARD H., et al., *Le corps et son fonctionnement. Eléments d'anatomie, physiologie et pathologie. II. La reproduction humaine, Cahiers du Germ (Outils), n°220-221, 1992, 70 pages, 500 francs.*

JENARD H., PERISSINO A., *Le corps et son fonctionnement. Eléments d'anatomie, physiologie et patholo-*

gie. III. La digestion - Foie et pancréas - glandes et hormones, Cahiers du Germ (Outils), n°222, 1992, 33 pages, 250 francs. ■

Développement de l'enfant



L'Office de la Naissance et de l'Enfance vient de sortir une série de 8 affiches donnant quelques conseils aux parents en matière de sécurité, de développement psychomoteur et de choix de jouets en fonction de l'âge de l'enfant.

En outre, l'ONE a produit 4 autres affiches sur les sujets suivants: rhume et enfant, ramonage de cheminée, tabagisme en présence d'enfants, et l'usage (prohibé) de tétines sucrées.

Nous espérons vous informer plus complètement sur cette sympathique initiative dans notre prochain numéro.

ONE - Service Education pour la Santé, route de Gembloux 2, 1450 Cortil-Noirmont. Tél.: 081/61.42.48. ■

Maladies d'enfance

La firme Janssen Pharmaceutica a réalisé une petite brochure d'infor-

mation sur les maladies infantiles les plus courantes: rougeole, scarlatine, rubéole, exanthème subit, érythème infectieux, varicelle, oreillons et coqueluche.

Il n'existe en général pas de traitement contre ces maladies. Souvent, la seule chose à faire est soulager les symptômes et principalement faire baisser la fièvre. Mais pour certaines d'entre elles, on pourra éviter les complications par certaines mesures. L'une d'entre elles étant la plus radicale puisqu'elle empêche toute survenue de la maladie: la vaccination. La brochure détaille le plan de vaccination dans tous les cas où un vaccin existe.

Pour chaque maladie, une "fiche technique" est établie, indiquant la cause, la période d'incubation, les manifestations, les complications éventuelles, l'existence d'un vaccin et les mesures à prendre pour soulager l'enfant et pour éviter la propagation de la maladie si elle est contagieuse.

Une jolie petite brochure, dans laquelle la firme s'est faite très discrète.

Maladies d'enfance - ce qu'il faut en savoir, Janssen Pharmaceutica, Turnhoutseweg 30, 2340 Beerse. ■

La Mort Subite du Nourrisson

L'Association pour la Prévention de la Mort Subite du Nourrisson existe depuis 1981. Basée à l'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola, ses objectifs sont principalement l'aide aux parents, l'information et la recherche sur la Mort Subite du Nourrisson.

Elle a réalisé deux brochures destinées aux parents.

La première détaille les connaissances actuelles sur la Mort Subite du Nourrisson, les facteurs qui pourraient l'influencer ou la favoriser. Un chapitre décrit le sommeil du nourrisson et les anomalies à détecter. Un chapitre particulier est consacré au test du sommeil: le dé-

L'élément neuf du matériel consiste en un carton "Silence, on bloque!"; il est basé sur le modèle des cartons "Don't disturb" que l'on trouve dans les hôtels. Ce carton est à accrocher à la poignée de la porte de la pièce où l'étudiant travaille. Un élément qui permet de rappeler aux frères, soeurs, parents ou copains que la concentration est de mise pendant la bloquel

La diffusion du matériel se fera à nouveau par Jeunesse et Santé auprès de ses membres et par voie de presse.



Frédéric Maes, Jeunesse et Santé et Bernadette Taeymans, Infor Santé.

Si ce projet et/ou le kit "Bloque" vous intéressent, vous pouvez nous contacter:

Frédéric Maes, Jeunesse et Santé, 121 rue de la Loi, 1040 Bruxelles, Tél.: 02/237-49-82 ou Bernadette Taeymans, Infor Santé, 121 rue de la Loi, 1040 Bruxelles, Tél.: 02/237-48-52.

Le kit "Bloque" est disponible au prix de 100 FB. ■

La Lumière

Réadaptation fonctionnelle pour mal-voyants

Le Centre Pouplin a pour but d'instaurer ou de restaurer l'intégrité, l'autonomie, l'épanouissement d'un enfant ou d'un adulte handicapé de la vue.

Tout enfant ou adulte handicapé de la vue éprouve une angoisse qui est entretenue dans la mesure où il se sent lui-même fragile et menacé dans ce qu'il est, c'est-à-dire dans la mesure où les autres le considèrent comme diminué ou différent.

Le dépassement de la cécité est tout à fait possible quelles que soient les personnes, leur âge, leur formation antérieure, leur niveau d'aptitude. L'interprétation que l'on se fait de la réalité extérieure est déterminante pour cela. Si, en l'occurrence, l'entourage pose un regard de compassion, de pitié, de retenue ou de malaise sur la personne han-

dicapée de la vue, celle-ci le ressentira très fort et elle ne sera pas aidée efficacement.

Le Centre Pouplin met en oeuvre, dans un cadre rééducatif, les moyens permettant de solliciter les conduites dont l'exercice fait problème à cause de la cécité: conduites de manipulation, de déplacement, lecture, écriture, conduites sociales incluant les prises de conscience successives du handicap ou de la réaction d'autrui et du vécu de nombreuses situations.

L'accompagnement des jeunes enfants et des parents a beaucoup d'importance, car dans un environnement qui n'est pas perçu visuellement par le nourrisson, l'espace se construit sur base d'informations tactiles et auditives, qui sont les unes et les autres éphémères, fugaces et analytiques: espace changeant, exploré parcelle par parcelle. La réussite de l'adaptation d'un enfant non-

voyant réclame la suture progressive des morceaux d'environnement qu'il explore. Dans ce domaine, le Centre Pouplin apporte une aide psychomotrice précoce à l'enfant et une guidance parentale, ainsi qu'un accompagnement lors de l'intégration en milieu scolaire, maternel, fondamental et secondaire.

Pratiquement, au Centre Pouplin, la rééducation et la réadaptation s'adressent aussi bien aux enfants qu'aux adultes et aux personnes âgées qui ont déjà tenté les thérapies médicales ou chirurgicales. Même si l'acuité visuelle ne va pas s'améliorer, le handicapé de la vue apprendra à utiliser plus efficacement ses possibilités.

(Extrait d'une documentation fournie par l'asbl La Lumière)

La Lumière, Centre Pouplin, rue Grandgagnage 10, 4000 Liège, tél. 041/22.21.48. ■

Allaitement maternel

A la suite de l'article "Besoins et attentes des mères allaitantes", publié dans le numéro 75, le Service Education pour la Santé de Huy nous prie de signaler qu'il organise également des groupes pour futurs parents désirant proposer l'allaitement maternel à leurs bébés.

Concrètement, 3 séances de 2 heures animées par une diététicienne sont prévues:

- séance 1: physiologie du sein et avantages de l'allaitement maternel;
- séance 2: de la naissance au sevrage;
- séance 3: l'alimentation de la jeune mère allaitante.

Pour tout renseignement: Service Education pour la Santé, chée de Waremme 139, 4500 Huy. Tél.: 085/21.25.76. ■

L'allergie commence au berceau...

La Fondation pour la Prévention des Allergies lance une vaste campagne de prévention des allergies chez les tout jeunes enfants.

Des constats

Au fil des années, les maladies allergiques, et l'asthme en particulier, sont devenues un véritable problème de santé publique.

L'allergie touche sévèrement les bébés: eczéma, problèmes digestifs (régurgitations, coliques, diarrhées,...), troubles du sommeil, asthme, bronchites asthmatiformes ou otites à répétition, rhinite chronique,... autant de symptômes communément rattachés à l'allergie.

Les conséquences des allergies précoces chez les enfants sont parfois dramatiques: retard de croissance, nombreuses carences, hospitalisations, absentéisme scolaire, handicaps respiratoires,...

Chez les bébés, l'allergie aux protéines du lait de vache est une pathologie fréquente: elle atteindrait au minimum 4% des nourrissons, 7 à 10% selon les chiffres les plus pessimistes.

On meurt encore d'asthme en Belgique: environ 30 décès par an. Ce chiffre a tendance à augmenter dans tous les pays industrialisés. De plus chaque année, de nombreux bébés doivent être hospitalisés en raison d'allergies digestives ou respiratoires.

Les maladies allergiques coûtent cher à la société. Elles représentent également un poids pour les familles: selon une étude réalisée par le service social de l'Hôpital des enfants, un enfant allergique au lait coûte entre 1.820 et 10.102 francs par mois et par famille (la charge étant pour l'Etat de 3.780 à 58.380 francs). La Fondation pour la Prévention des Allergies publiera prochainement les résultats d'une enquête menée auprès de centaines de familles sur ce problème du coût.

Ces constats, certes peu agréables, ne rendent pas encore compte de la dose de souffrance et de détresse qui se cache derrière des pathologies souvent considérées comme bénignes. Angoisses, tensions dans le couple, isolement social, difficultés pour confier son enfant à l'extérieur, arrêts de travail, problèmes financiers, etc...

Des actions

L'allergie n'est pas une fatalité. Pour y faire échec, la Fondation propose un programme en trois points: prévoir, dépister, prévenir.

Prévoir

L'allergie est une maladie à composante héréditaire. Par conséquent, il est possible en interrogeant les familles de prévoir le risque et d'y faire face. Ce risque est évalué à 30% chez un nouveau-né dont l'hérédité est unilatérale et à 50 à 60% lorsqu'elle concerne les deux familles. Il serait encore plus élevé lorsque les deux parents sont atteints des mêmes

symptômes. Les gynécologues ont ici un rôle important à jouer puisqu'ils suivent les futures mamans.

Dépister

Chez les enfants de famille allergique, un dépistage des IgE (anticorps spécifiques de l'allergie) à la naissance ou peu après permet d'avoir une indication plus précise et de convaincre les parents de mettre en place une prévention efficace.

Prévenir

Même dans les familles à risque, l'allergie n'est pas une fatalité: son apparition peut être prévenue, retardée ou atténuée. Il s'agit d'éviter au bébé une sensibilisation précoce à l'égard des principaux allergènes que sont pour lui le lait de vache, les acariens et les animaux de compagnie. On y parvient par l'allaitement maternel prolongé, un régime alimentaire adapté, l'aménagement de sa chambre et l'éloignement des animaux éventuels.

La brochure

Destinée aux futurs parents concernés, elle fait le tour des moyens d'action pour éviter au bébé de souffrir d'allergie. Elle est basée sur des expériences de parents qui sont arrivés à préserver leurs enfants.

Elle détaille notamment six recommandations pour éviter l'allergie chez l'enfant à haut risque, et les moyens de les mettre en pratique:

- allaitement maternel prolongé;
- sevrage prudent et diversification alimentaire tardive;
- pas de produits laitiers avant un an (six mois selon l'O.M.S.);
- logement sans poussière;
- pas d'animal à la maison ni à la crèche;
- ne pas fumer pendant la grossesse ni en présence de l'enfant.

Sans doute, tout ceci n'est pas aisé à mettre en pratique. C'est pourquoi la Fondation veut se tenir à la disposition des parents pour les aider concrètement à assurer le bien-être de leurs enfants.

L'allergie commence au berceau... si l'on n'y prend garde!, brochure, 35 pages, 150 francs frais d'envoi compris, à verser au compte bancaire 068-2091216-20.

Tout se joue avant 3 ans

Des expériences concluantes ont déjà été menées. Ainsi dans les maternités de certains hôpitaux universitaires, un dépistage systématique est pratiqué et suivi, dans les cas positifs, d'un régime alimentaire adapté. Les pédiatres ont vu ainsi disparaître les manifestations graves d'allergie au lait chez les nouveau-nés.

Au niveau des pneumallergènes (acariens, animaux, moisissures...) les premières années sont également décisives. Les scientifiques ont acquis la certitude que l'exposition précoce et intense à de hautes concentrations d'acariens était déterminante pour l'apparition d'allergies, même à long terme.

Informier - mobiliser - convaincre

La campagne va s'articuler sur plusieurs axes.

A court terme, plusieurs étapes sont prévues

- remise du dossier scientifique préparé par la Fondation aux autorités;
- envoi d'un numéro spécial de la revue de la Fondation, Oasis Allergies, aux médecins pédiatres, gynécologues, pneumologues, allergologues, dermatologues et ORL;
- diffusion d'une affiche pour les salles d'attente des médecins, les crèches, les consultations de nourrissons,...
- distribution, via les divers organismes s'occupant de la petite enfance, d'un dépliant visant à sensibiliser les futurs parents;
- vente d'une brochure plus détaillée destinée aux futurs parents concernés (voir encadré).

A long terme, l'objectif de la Fondation est de convaincre les autorités de l'importance du problème afin de mettre sur pied une véritable lutte contre l'allergie dans le cadre de la politique de santé publique:

- aide et encouragement à l'allaitement maternel;

- bilan de l'activité des deux lactariums afin de voir si les besoins sont couverts (les lactariums ont rendu des services inestimables à des bébés qui ne supportaient aucun lait);
- définition de règles très précises pour l'aménagement des locaux publics (hôpitaux, crèches, écoles...) accueillant des enfants en bas âge (diminution de la concentration en acariens, lutte contre les moisissures, éloignement des animaux,...);
- adoption de mesures pour garantir aux personnes allergiques le droit à un logement sain;
- encouragement à l'industrie alimentaire pour la mise sur le marché d'aliments sans lait de vache: petits pots pour bébés, biscuits, etc...
- encouragement à la recherche sur l'allergie chez l'enfant.

Pour tout renseignement sur cette campagne: Fondation pour la Prévention des Allergies, rue du Président 55, 1050 Bruxelles, tél. 02/511.67.61. ■

Campagne Bloque

Depuis plusieurs années, Jeunesse et Santé, Infor Santé et Question Santé se sont associés pour réaliser un matériel de sensibilisation pour les étudiants en période de bloque. Ce matériel se présente sous la forme d'un kit "Silence, on bloque!".

Bloque 92

Description de l'action

Le matériel "Bloque" 92 comprend 5 éléments:

- une brochure "La bloque, mode d'emploi": éditée en collaboration avec l'asbl Question Santé, cette brochure de 24 pages guide l'étudiant dans la vie quotidienne durant sa bloque et sa session, en attirant son attention sur des points délicats, alimentation, organisation du travail, passages à vide, moments de détente,...
- l'affiche "Silence... on bloque!": cette affiche est à placarder sur la porte du "kot" ou à la maison pour rappeler aux "passants" que l'étudiant bâche et que la coopération de chacun est bienvenue;
- le dépliant des supporters: il sensibilise l'entourage au stress des examens et propose quelques pistes pour soutenir l'étudiant;
- le calendrier de "La bloque": de grand format (42 x 60 cm), il a été conçu pour que l'étudiant puisse facilement programmer les matières à étudier et les jours d'examen;
- le "Bloque-notes": il s'agit d'un petit bloc-notes d'une centaine de feuilles avec des petites touches d'humour et d'encouragement.

La diffusion s'est faite par Jeunesse et Santé auprès de ses membres et sous forme d'envois individualisés suite à des articles dans la presse. Au total, plus de 4.000 exemplaires ont été diffusés en 1992.

Evaluation de l'action

Une évaluation du matériel "Bloque" a été faite en juin 1992 auprès des jeunes ayant reçu le matériel par envoi individualisé (n=814).

200 questionnaires d'évaluation ont été envoyés. Nous attendions une soixantaine de réponses; nous en avons reçu 60. Il ne faut pas accorder trop d'importance aux chiffres, mais les informations recueillies ne manquent pas d'intérêt.

Qui a répondu au questionnaire?

sexe	
garçons	28
filles	30
non-répondants	2
âge	
15 ans et moins	8
16-17 ans	13
18-19 ans	18
20-21 ans	9
22-23 ans	5
23 et plus	4
non-répondant	3
niveau d'études	
secondaire général	27
secondaire technique	3
supérieur non-univ.	10
sup.universitaire	16
autres (horaire décalé)	3
non-répondant	1

La plus grande partie du public touché se situe entre 16 et 19 ans. A priori nous pensions plutôt toucher les 18-21 ans. Nous avons très peu de jeunes qui sont en technique (3) et aucun en professionnelle. Cela confirme que ce type de matériel de sensibilisation s'adresse à un public intellectuellement favorisé:

Que pensaient les jeunes du matériel qui leur était proposé?

Le dépliant et la brochure ont été lus par presque tous les répondants (57 sur 60). Le seul élément qui a posé problème, est le calendrier: 20 étudiants l'ont reçu trop tard et certains en avaient déjà fait un autre.

En ce qui concerne le niveau de satisfaction, c'est cependant le calendrier qui est en première place: 24 des 27 étudiants qui l'ont utilisé trouvent que c'est l'élément le plus intéressant de l'ensemble.

Qui a suivi les conseils-santé?

En ce qui concerne les conseils-santé, une large majorité des jeunes en ont pris connaissance. 43 jeunes affirment avoir suivi au moins un des conseils-santé; ils répondent positivement à la dimension santé du matériel.

Les conseils-santé les plus suivis sont:	
1. la détente, le sport	19
2. l'alimentation	14
le sommeil	14
4. ne pas prendre de médicaments	9
5. appui moral	5

Bloque 93

Le kit "Bloque 93" compte 6 éléments, soit un de plus que l'année passée. Les modifications sont basées sur l'évaluation et les suggestions faites par les étudiants.

Dans la brochure "La bloque, mode d'emploi", l'étudiant trouvera 5 recettes-santé faciles, pas chères, rapides et... appétissantes. A préparer à la maison ou au kot, seul ou avec des copains.

Dans le "Bloque-notes" sont ajoutés quelques dessins humoristiques et des idées de grignotage sympa.

Voilà pour les modifications des éléments déjà existants.

Allergies chez l'enfant bis

Une campagne d'Ophaco

L'Office des Pharmacies Coopératives, le hasard est parfois curieux, lance lui aussi une campagne d'information sur le problème de l'allergie chez l'enfant.

Comme d'habitude, un dépliant grand public est disponible dans toutes les pharmacies coopératives du pays. Il reprend les données essentielles à connaître par les parents sur les différentes formes d'allergie et leur prévention.

Chaque pharmacien a reçu quant à lui un dossier scientifique très étoffé, qui reprend des principes d'immunologie, détaille les maladies allergiques (allergie alimentaire, allergie O.R.L., allergie cutanée, allergie oculaire, allergie aux piqûres d'insectes, allergie médicamenteuse), décrit les différentes étapes du diagnostic d'une allergie, ...



La brochure comprend en annexe une liste des pollens et le calendrier de leur apparition, ainsi que des tableaux comparatifs des laits alternatifs et thérapeutiques.

Ainsi équipé, le pharmacien pourra informer au mieux les parents qui s'adresseraient à lui.

Le matériel d'Ophaco semble faire double emploi avec celui de la Fondation pour la Prévention des Allergies, mais dans la mesure où il implique un acteur de prévention en plus, pourquoi pas?

Les allergies chez l'enfant, dépliant + dossier scientifique, Office des Pharmacies Coopératives, chaussée de Mons 602, 1070 Bruxelles, tél. 02/522.56.90. ■

L'Unité d'Education pour la Santé vous invite à participer à sa
4ème JOURNEE D'EDUCATION POUR LA SANTE
"EDUCATION POUR LA SANTE AUX DIFFERENTS AGES DE LA VIE"

Samedi, 24 avril 1993 de 9 à 15 HEURES

Programme

08.45	ACCUEIL DES PARTICIPANTS	
09.00	INTRODUCTION	A. DECCACHE (RESO-UCL)
09.15	LES AGES DE LA VIE	Dr. Ph. MEIRE (RESO-UCL)
09.30	L'ENFANCE	DR. J. DELVILLE (FUNDP) P. CAMPAGNA (Ministère du Luxembourg)
10.00	LA JEUNESSE	M. CHOQUET (INSERM-Paris) B. SANDRIN (Mairie-Colombe-France)
10.30	Pause café	
11.00	L'AGE ADULTE	DR. A. GORET (Med. travail V.W.) PR. A. GELINAS (UQAR-Québec)
11.30	LE 3ème AGE	PR. X. LEROY (RESO-UCL) E. JAUNIAUX (Infor-santé-Nivelles)
12.00	TABLE RONDE	
13.00	CONCLUSIONS	
13.30	Apéritif, lunch, rencontres informelles	

Inscriptions, Renseignements : 02/764 72 50
Clôture des inscriptions : 12 avril 1993

Lieu : Auditoire Central E.
Avenue Mounier-1200 Woluwé-Saint-Lambert

Frais d'inscription (documents, collation et repas inclus) :
jusqu'au 12 avril 1993 : Etudiants : 550 frs
Autres : 750 frs
à partir du 13 avril 1993 : Etudiants : 750 frs
Autres : 1000 frs

0

2