

tion; réponse sociale de l'Europe face à la promotion de la santé.

Renseignements: Monique Grenier, S.E.D.S. rue Martine Bourtonbourt 2, 5000 NAMUR. Téléphone: 081/73 55 54 Ext 382.

Tabagisme

Le Centre d'Aide aux Fumeurs (CAF) de la Province de Liège nous communique son nouveau numéro de téléphone: 041/44.78.85 (permanences le lundi après-midi et le jeudi matin).

Pour rappel, le CAF fournit une aide psychologique, médicale et diététique aux fumeurs désireux de cesser de fumer (consultations individuelles sur rendez-vous).

Promotion de la santé

Dans notre numéro de janvier, nous vous présentions la formation CAPS (formation d'Agents de Promotion de la Santé). Les informations sur lesquelles nous nous basions ne précisait pas que l'organisateur de cette formation est le CERES, Centre d'Enseignement et de Recherche en Education pour la Santé de l'Université de Liège.

Formation CAPS, Anne Riffon, 041/52.58.59.

CERES, Sart Tilman, bât. B32, 4000 Liège.

Emploi - offre

Etes-vous intéressé(e) par un travail temporaire dans une Commission Locale de Coordination?

La Fares recherche une personne (M/F) pour remplacer à mi-temps une des coordinatrices de la CLC Brabant Wallon, à Cortil-Noirmont.

Durée du contrat: 4 mois à partir de fin avril 1992.

Qualification et/ou expérience en éducation pour la santé souhaitées. Véhicule personnel nécessaire.

Envoyez votre curriculum vitae avant le 15 mars au Dr Maryse Wanlin, Fares, rue de la concorde 56, 1050 Bruxelles.

Utilisez notre rubrique Actualités

Nous vous rappelons les délais pour nous envoyer l'annonce d'une activité organisée par votre service ou institution (rencontre, colloque, conférence sur un thème d'éducation pour la santé, etc). Trop souvent, en effet, nous recevons l'annonce d'une activité prévue dans le courant du mois... au début de ce même mois, ce qui ne permet pas au mensuel que nous sommes d'en faire profiter nos lecteurs. C'est dommage!

Sachez que nous bouclons le numéro aux alentours du 10 du mois précédant la parution de la revue. Pour avoir toutes les chances que votre annonce soit publiée dans Education Santé au mois de mai par exemple, il faut donc nous l'envoyer au plus tard le 10 avril. Tenez également compte du fait que nos lecteurs doivent avoir le temps de s'inscrire: n'attendez donc pas le dernier moment. Il ne nous faut pas un programme complet de votre activité; un simple aperçu du thème traité et les renseignements pratiques (jour, heures, lieu, frais d'inscription) nous suffisent.

Merci d'avance, et soyez nombreux à nous faire part de vos activités, dans votre propre intérêt comme dans celui de nos lecteurs.

La revue Education Santé est réalisée avec l'aide du Ministère de la Communauté française de Belgique - Département de la Santé. Elle est publiée dans le cadre de la Cellule de coordination intermutualiste - Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes / Union Nationale des Mutualités Socialistes.



EDUCATION SANTÉ

UN OUTIL AU SERVICE DES INTERVENANTS EN EDUCATION
POUR LA SANTE DANS LA COMMUNAUTE FRANCAISE DE BELGIQUE

MENSUEL (NE PARAIT PAS EN JUILLET ET EN AOUT) MARS 1992 ISSN 0776-2623

66

En supplément, les adresses
"officielles" en Communauté française

Numéro spécial

Un Réseau Francophone International pour la promotion de la santé

Stratégie

Les défis des années 90 en promotion de la santé, *Chantal Vandoorne* p.3

Reflexions

Au-delà des cultures : communiquer la santé, *Jean-Pierre Fréchette* p.4

Les médias améliorent-ils la santé? *Lise Renaud* p.8

Rencontres méthodologiques montréalaises, *Michel Demarteau* p.12

Proposition d'indicateurs pour une société durable, *Chantal Vandoorne*, p.14

Le transfert des approches et des produits en coopération internationale, *Guy Bessette* p.16

L'évaluation, un savoir-faire à développer et à intégrer, *Lise Renaud et Robert Bastien* p.18

Les représentations de la santé : l'expérience française, *Marc Danzon* p.20

Initiatives

Villes et villages en santé, *Pierre Anselme* p.26

Le système socio-sanitaire du Québec, *Myriam De Jaeger* p.29

Santé du cœur, *Michel Demarteau* p.31

Le Réseau, c'est déjà du concret : l'axe Québec-Communauté française, *Chantal Vandoorne* p.35

Fumer ou communiquer? *Luc Schreiden* p.38

Lu pour vous

L'écologie de la santé par les médias, *Michel Demarteau* p.39

Vu pour vous

Quand survient la solitude... *Chantal Vandoorne* p.41

Au-delà des cultures, des outils à partager!

Montréal 1991... Plus de 400 participants, originaires de vingt et une nations, encourageaient, en octobre dernier, la création du Réseau francophone international pour la promotion de la santé. Le numéro 63 d'Education Santé (décembre 1991) y a consacré un large article, reprenant les modalités de fonctionnement et les objectifs de ce réseau. Les représentants des différents pays partenaires se retrouveront à Sousse (Tunisie) au mois d'avril 1992 afin de parfaire et opérationnaliser sa structure de base. Nous ne manquerons pas de vous informer de ces futurs développements et des possibilités qui vous seront offertes pour vous intégrer au Réseau et bénéficier de ses apports.

Qui dit "réseau" dit "échanges et communications". Si on adhère à la philosophie du mouvement international, de la solidarité interculturelle, il importe que l'on ne se contente pas d'échanger entre nations. Ayons également le souci de favoriser les échanges au sein de notre propre communauté. Trop souvent, en effet, ceux qui ont le privilège de participer à l'une ou l'autre manifestation en dehors de nos frontières n'ont pas le réflexe d'en faire partager les acquis aux organismes de leur propre région. C'est pourtant là une des conditions nécessaires à la cohérence de notre secteur d'activités où, contrairement à une logique commerciale de marchés concurrentiels, la rétention d'informations n'est jamais un facteur de croissance ou de déploiement!

Partant de ce principe, de retour du passionnant colloque "Promouvoir la santé en francophonie" - Au-delà des cultures, des outils à partager", les francophones belges présents à Montréal ont concocté pour vous ce numéro d'Education Santé. Ils ont voulu vous faire profiter d'une série d'outils et de réflexions qu'ils y ont découverts. A cette fin, ils ont bénéficié également de la collaboration d'auteurs québécois et français dont vous retrouverez la signature au bas de certains articles.

Le fait d'avoir pu réaliser ce numéro d'Education Santé est par ailleurs une preuve de ce que le Réseau nouvellement créé n'est pas un simple fantôme d'institutionnalistes en mal de création. Au contraire, la structure qui se met en place se veut souple et légère quant à la forme, mais dense et intense quant au contenu... Nous sommes persuadés qu'arrivés à la dernière page de cette revue, vous en serez convaincus.

Pierre Anselme

Vous pouvez obtenir de plus amples informations sur le Réseau francophone international pour la promotion de la santé (R.F.I.P.S.) auprès de Pierre Anselme, correspondant de la Communauté française de Belgique pour le R.F.I.P.S., Centre de Coordination Communautaire, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles (02/512 42 23).

Un grand merci à tous les collaborateurs bénévoles de ce numéro, belges, français et québécois. Ce sont, dans l'ordre alphabétique: Pierre Anselme, Robert Bastien, Guy Bessette, Marc Danzon, Myriam De Jaeger-Herickx, Michel Demarteau, Jean-Pierre Fréchette, Lise Renaud, Luc Schreiden et Chantal Vandoorne. Merci aussi à tous ceux qui ont, peu ou prou, inspiré ce numéro!

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: Christian De Bock.

Secrétaire de rédaction adjoint: Roger Swinnen.

Rédaction, documentation, abonnements: Maryse Van Audenhaege.

Comité de rédaction: Pierre Anselme, Martine Bantuelle, Christian De Bock, Alain Deccache, Michel Demarteau, Jacques Henkinbrant, Vincent Magos, Roger Swinnen, Thierry Poucet, Marianne Prévost, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Eric Vandersteenen.

Editeur responsable: Jean Hallet.

Maquette: Philippe Maréchal.

Composition, photogravure et impression: Economat ANMC.

Tirage: 2200 exemplaires.

Diffusion: 1500 exemplaires.

ISSN: 0776 - 2623.

Les articles publiés par Education Santé n'engagent que leurs auteurs. 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).

Thèmes:

- Santé et populations en difficultés d'insertion.
- Ville santé.
- Santé et développement social urbain.
- Santé et entreprise.
- Santé et jeunes en milieu scolaire.

Inscription et renseignements: 1 600 francs français auprès de IEREPS, Faculté de Médecine, 3 ter, place de la Victoire, 33076 Bordeaux Cedex. Téléphone: au départ de la Belgique: 00-33-56 91 71 27.

Promotion de la santé

Sherbrooke et Montréal (Canada)

du 27 septembre au 2 octobre 1992

IIIème Colloque international francophone des Villes et Villages en Santé.

Thèmes:

- Le partage international des expériences et des ressources entre les Villes et Villages en santé de la francophonie.
- Le citoyen au coeur du projet Villes et Villages en Santé.
- Les structures municipales: rôle et contribution au projet Villes et Villages en santé.
- Les organismes du milieu: rôle et contribution au projet V.V.S.
- Faire le point pour mieux continuer: évaluation du processus et de l'impact des projets V.V.S.
- Le projet "Vivre Montréal en santé", présentation globale.

Renseignements: Comité du Colloque international francophone des Villes et Villages en santé 1992, C.P. 610, Sherbrooke (Québec), CANADA, J1H 5H9. Téléphone: au départ de la Belgique: 00-1-819-821 55 72.

Education pour la santé

8ème Grand prix Francophone d'Education pour la Santé

Il récompensera une expérience originale d'éducation pour la santé et son évaluation critique. Organisé par: le Comité Français d'Education pour la Santé, le G.R.E.P.P., la Fondation Mérieux, l'A.D.E.S. du Rhône.

Objectifs:

Parallèlement aux campagnes nationales médiatiques sur les grands thèmes d'éducation pour la santé (nutrition, tabac, maladies sexuellement transmissibles, prévention des accidents domestiques, etc...), des actions localisées dites "de terrain", sont nécessaires pour démultiplier les effets de ces campagnes nationales, et surtout répondre aux besoins spécifiques d'une population ou d'un groupe social particulier dit "population-cible": par exemple, une population scolaire, une population rurale, une population du monde du travail, etc...

Le Grand Prix Francophone d'Education pour la Santé a donc pour objectifs:

- De valoriser des actions d'éducation pour la santé réalisées par des acteurs de terrain.
 - D'aider les élus locaux et les "décideurs" institutionnels ou non, à connaître ces actions de terrain.
 - De permettre la promotion qualitative et quantitative et notamment médiatique de ces actions.
- Parmi les critères d'attribution de ce prix, priment donc:
- La définition d'**objectifs préalables** correspondant à des **besoins** réels de la population cible.
 - La **stratégie** employée et notamment la qualité de la **démarche pédagogique** et le **souci d'évaluation de cette démarche** à chaque étape de l'action.
 - La **multidisciplinarité des acteurs** d'éducation pour la santé engagés dans l'action.
 - Enfin, le **caractère innovateur de l'action**, que ce soit globalement ou lors d'une ou plusieurs étapes de son déroulement.

La formation ou le statut profes-

sionnel du candidat, de même que les moyens mis en oeuvre ne sont pas des critères de choix du travail réalisé. Ainsi, toute action d'éducation pour la santé même de dimension modeste, ou utilisant des moyens d'actions sommaires mais pertinente et originale dans sa démarche, rigoureuse dans la définition de ses objectifs et de sa méthode d'évaluation, rentre dans le cadre du Grand Prix Francophone d'Education pour la Santé.

Date limite de dépôt des candidatures et des travaux: 31 mai 1992.

Dossiers de candidatures à retirer au Secrétariat du G.R.E.P.P., A.D.E.S. du Rhône, 71 Quai Jules Courmont, 69002 Lyon. Téléphone: au départ de la Belgique: 00-33- 78 37 65 68.

Social et santé

Liège

18, 19, 20 novembre 1992

Congrès international: le Social dans la Santé, au Palais des Congrès.

Organisé par: le Comité Interprovincial des Affaires Sociales (C.I.A.S.), le Comité Interprovincial de Médecine Préventive (C.I.M.P.), la Fédération des Centre d'Etudes et de Documentation Sociales et le Centre de Coordination Communautaire.

Thèmes:

- Facteurs sociaux et promotion de la santé: la santé pour tous comme facteur de promotion sociale; liens entre le social et la santé; les inégalités dans la ville; les déterminants sociaux de la santé mentale; les inégalités sociales dans la santé; l'environnement et la santé.
- Facteurs médico-sociaux et santé de populations: les facteurs sociaux et la santé de la petite enfance; le comportement de santé des jeunes; inactivité professionnelle et santé; travail et santé; les personnes âgées.
- Stratégies possibles pour une meilleure promotion de la santé: philosophie d'une politique médico-sociale; un essai de réponse: une meilleure connaissance des besoins de santé de la popula-

Maltraitance

Bruxelles

19 mars 1992

Un cycle de conférences "A l'écoute des enfants violentés", par M. Dorais, docteur en service social, formateur, chercheur et consultant auprès de l'Université du Québec. Il nous fera partager son expérience auprès des jeunes ayant été victimes de sévices physiques et sexuels, pour mieux pouvoir identifier les problèmes et mieux comprendre leur dynamique.

Autre dates: le 23 mars à Charleroi, le 24 à Arlon, le 25 à Liège, le 26 à Mons et le 30 à Namur.

Renseignements: Mme Parez, Ecole des Parents et des Educateurs, Place des Acacias 14, 1040 Bruxelles. Tél.: 02/733.95.50.

Famille et sexualité

Louvain-la-Neuve

26 mars 1992

XXIIIème colloque de l'Institut d'Etudes de la Famille et de la Sexualité, sur le thème "Le père: figures et fonctions" (aspects sociologiques, biologiques, psychologiques, historiques et anthropologiques).

Le colloque aura lieu aux auditoires Doyen n°31, la participation aux frais est de 1000 FB, actes compris. Renseignements: secrétariat IEFS, rue des Wallons 70, 1348 Louvain-la-Neuve. Tél.: 010/47.44.02.

Education pour la santé

Bruxelles

28 mars 1992

La 3ème journée "Education pour la santé: pratiques et recherches" organisée par l'Unité d'Education pour la Santé (RESO-UCL).

Elle a lieu de 9 à 15 heures, repas de midi inclus, à l'Auditoire Central G, avenue Mounier, 1200 Bruxelles.

Pour en savoir plus, reportez-vous à la page 40!

Coeur

Ath

7 avril 1992

Une conférence-débat sur la maladie coronarienne, sa prévention, son traitement, avec la participation des docteurs A. Dubois et V. Hamoir.

Cela se passera à 20 heures à la Maison Culturelle, Tour Burbant. P.A.F.: 50 FB.

Une organisation du Groupe Santé du Moc, Mutualité Athoise, Aides Familiales, CNE, Croix Jaune et Blanche, la Babillarde et Vie Féminine.

Santé publique

Sousse (Tunisie)

23, 24, 25 avril 1992

IVème symposium international de médecine communautaire:

Thèmes: évaluation de l'approche intégrée dans la solution des problèmes de santé en première ligne: intégration de la communauté et participation communautaire; intégration des outils et prise de décision; intégration des ressources humaines et efficacité; intégration des services.

En rapport avec les grands problèmes de santé publique et en particulier ceux reliés aux populations à risque (femmes enceintes, enfants, populations adultes).

Inscription: 30 dinars tunisiens, auprès du Dr H. Ghannem, Faculté de médecine Ibn El Jassar, 4002 Sousse, TUNISIE. Tél.: à partir de la Belgique: 00-216-3-22 600. Fax: 00-216-3-24 899.

Soins de santé primaires

Montréal (Canada)

21, 22, 23 mai 1992

Colloque international sur les soins de santé primaires.

Objectif: favoriser les échanges entre des infirmières et infirmiers de tous les coins du monde et leurs collaborateurs, engagés dans le mouvement de la **Santé pour tous** en mettant l'accent sur les actions au niveau de la communauté locale.

Thèmes:

- Les soins de santé primaires, où en sommes-nous?
- Le leadership infirmier et le pouvoir aux communautés locales.
- Problèmes d'éthique en soins de santé primaires.
- Les infirmières et les soins de santé primaires dans le monde.
- La recherche: une nécessité en soins de santé primaires.
- Un modèle infirmier.
- Projet de jumelage de formation infirmière en soins de santé primaires.
- L'action communautaire au Québec; recherche et développement; Villes et Villages en santé.
- Vers l'an 2000: un engagement quotidien.

Inscription et renseignements: 300 dollars canadiens à verser au Colloque international sur les soins de santé primaires, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, C.P. 6128, succ. A, Montréal, Québec-CANADA H3C 3J7. Tél.: au départ de la Belgique: 00-1-514-343 64 36. Fax: 00-1-514-343 23 06

Promotion de la santé

Bordeaux (France)

8, 9, 10 octobre 1992

IEREPS - Troisièmes journées d'étude: Promotion de la santé et développement social local.

Cadre de réflexion et d'action destiné aux acteurs de santé engagés dans le développement de l'éducation et de la promotion de la santé, particulièrement dans les pays de l'Europe du Sud.

Les défis des années 90 en promotion de la santé

Le thème général du colloque "Promouvoir la santé en francophonie" a été introduit par Jean Rochon, directeur du service "Protection et promotion de la santé" de l'O.M.S. à Genève. Citant de nombreux acquis comme le rapport Lalonde et la Charte d'Ottawa, Jean Rochon préconise de se servir des conclusions de ces travaux et d'enfin s'entendre sur les axes d'intervention à favoriser. Ce faisant, il réprecise les concepts centraux de la promotion de la santé et passe à la loupe, sans complaisance ni critique exagérée, leurs applications et leurs défis. Enfin, il appelle à la concertation et à l'implication communautaire.

Cet exposé mobilisateur m'a semblé fort proche des préoccupations de tous ceux qui, en Communauté française, essaient depuis quelques années de concevoir, de financer, d'appliquer dans la réalité quotidienne, des programmes s'inspirant de la Charte d'Ottawa, et plus particulièrement de pratiquer l'éducation pour la santé dans une perspective globale et communautaire. C'est pourquoi, en l'absence d'un texte de Jean Rochon lui-même, j'ai souhaité faire partager aux lecteurs d'Education Santé mes quelques notes, reflet bien évidemment biaisé en fonction de mes propres expériences, image malheureusement appauvrie du message de cet orateur chaleureux!

Jean Rochon relève quatre défis pour la Promotion de la Santé au cours des dix prochaines années :

1. Consolider nos approches.
2. Renforcer les actions au niveau de la communauté.
3. Développer les connaissances.
4. Inscrire la santé en tant que facteur de développement économique et social.

Consolider nos approches

La perfection des concepts et des modèles peut devenir l'ennemi des actions sur le terrain. Il importe donc de dépasser l'affrontement des différentes conceptualisations en Promotion de la Santé, d'unir ces tendances, de dégager un consensus, ...

Les trois tendances dont il est ainsi question sont :

- La médecine préventive, l'hygiène des milieux, desquelles relèvent par exemple les pratiques d'immunisation. Cette approche est centrée sur l'individu, mais vise la protection globale de la collectivité.
- Le développement de l'éducation pour la santé, qui cherche à rendre les personnes plus conscientes, plus responsables. Petit à petit, ce courant a intégré des approches communautaires.
- Le développement de la santé comme élément de toute politique et non plus dans le cadre restrictif d'une "Politique de la Santé". Cette approche se situe au niveau sociétal, elle inclut les préoccupations pour l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être de l'individu.

Recentrer le débat sur "**l'individu dans le contexte social**" apparaît donc comme le moyen d'unir ces tendances et d'éviter un affrontement de type idéologique.

Renforcer les actions au niveau de la communauté

Jean Rochon juge la "communauté" mobilisable, mais se refuse à la définir précisément : "un groupe humain qui a développé un réseau et est capable de se mobiliser autour d'un objectif". Un tel groupe peut se constituer aussi bien au niveau d'une province, d'une région, ou se mobiliser autour d'un problème de santé quotidien et avoir un caractère local.

Deux grandes conditions sont énoncées pour développer ces actions communautaires et pour qu'elles s'arriment harmonieusement au système :

- Réussir le transfert des pouvoirs et des ressources du centre à la périphérie.
- Assurer l'encadrement minimum nécessaire. Celui-ci reste à définir : il devrait servir à encadrer le processus démocratique dans ses débats et mettre en place un minimum de "surveillance", d'évaluation. En tout cas, cet encadrement doit éviter les struc-

tures, dans la mesure où elles entraînent des débats de fond interminables et polarisent ceux-ci entre des groupes de pression, qui défendent leurs intérêts plutôt que ceux de la population.

Développer les connaissances en promotion de la santé

Ces connaissances se développeront à partir des liens entre les milieux concrets de l'action et ceux de la recherche. Ainsi la recherche ne doit pas être issue du développement conceptuel, mais s'organiser autour des problèmes à résoudre. Pour ce faire, il faut définir les questions de recherche avec les intervenants de terrain et les communautés. L'accroissement des relations internationales, tout comme la formation des chercheurs, constituent des atouts majeurs dans cet effort.

Inscrire la santé comme facteur de développement

La santé est un élément du développement humain social et économique, elle doit être considérée non seulement comme un objet de dépenses, mais comme une dimension qui mérite un investissement social. Cette déclaration rejoint le débat sur l'équité et l'égalité d'accès: "donner à chacun la possibilité de réaliser au maximum le potentiel qu'il a".

En conclusion, Jean Rochon lance un appel à l'entente dans l'articulation d'une politique de prévention autour des trois enjeux majeurs :

- la Promotion de la sécurité, aux plans matériel, social et spirituel;
- la Nutrition qui est un facteur et un indicateur de développement au même titre que la santé;
- la Prévention de toute forme d'infirmité physique ou mentale, originaire de causes diverses (infections, accidents ou traumatismes, grossesse, ...)

A l'heure où la réflexion est à l'éthique, il est parfois utile de reconsidérer nos pratiques régionales, à l'once des priorités identifiées par un "penseur", qui voit bien au-delà de l'éducation, de la santé, pour rejoindre le futur des peuples de notre planète. Je souhaite que ce texte, malgré ses imperfections, ait pu vous inciter à cette réflexion.

Chantal Vandoorne

Au-delà des cultures : communiquer la santé

Informer ou communiquer? La nécessité de repenser les rôles, d'établir des relations, d'intégrer les techniques

Dans un monde où les communications institutionnelles et commerciales semblent accaparer de plus en plus notre temps d'écoute, la pratique d'une véritable communication, celle qui serait basée sur la relation et l'échange entre des individus, existe-t-elle encore?

Que ce soit à la maison, en société ou au travail, les processus d'échanges et de transmission d'informations qui interviennent dans nos rapports avec les autres, semblent prendre une place prépondérante. En ce sens, ils tendent à occulter et à remplacer les processus traditionnels de la communication centrée sur le dialogue et l'interaction entre les individus, au profit d'une communication plus médiatisée et plus unidirectionnelle.

Dans un contexte de surabondance d'informations, chacun sait combien il peut être difficile de recueillir, de traiter, de conserver et de transmettre les contenus qui nous permettront de fonctionner adéquatement. D'autre part, nous avons tous vécu des moments pénibles où nous sentions clairement que les informations telles que rapportées par les médias imprimés et électroniques, autant que celles véhiculées par la publicité d'ailleurs, déformaient la réalité. Le traitement média de la guerre du Golfe traduit à peine, selon moi, l'ampleur du phénomène de la distorsion de l'information ou de la désinformation auxquelles nous sommes soumis. Et ce, même dans notre société dite démocratique. Par le biais des médias imprimés et électroniques qu'ils contrôlent, les dirigeants

socio-économiques véhiculent, tous les jours, un nombre incalculable d'informations qui tiennent lieu d'actes de communication auprès des citoyens. Encore là, on constate que nous sommes en présence d'une communication à sens unique, c'est-à-dire, d'un émetteur ayant une intention et un message vers un récepteur relativement passif.

Dans cette perspective, la communication de masse et les communications formelles de type informatif dépersonnalisent-elles à ce point l'échange, que loin de se sentir en relation avec le monde qui l'entoure, l'individu a le sentiment de devoir faire des efforts démesurés pour établir des contacts significatifs au sein de la foule anonyme?

Du fait qu'ils manipulent une quantité impressionnante d'informations, la plupart des gens qui oeuvrent dans un cadre social structuré ont, avec raison, l'impression de communiquer de façon pratique dans leur environnement quotidien. De fait, ils doivent maîtriser à des degrés divers tout le spectre de la communication allant des relations interpersonnelles aux communications de masse pour motiver des gens, atteindre des objectifs, faire partager leurs visions, etc. D'ailleurs, où serions-nous si nous n'avions aucune aptitude à la communication?

Plus qu'un simple outil d'adaptation à la réalité individuelle ou collective, la communication devient l'objet d'une maîtrise essentielle au bonheur de l'individu et au succès de son intégration sociale.

Pourtant, pourquoi, dans notre vécu de tous les jours, les "Comment allez-vous?", les "Quelle heure est-il?" et les "Avez-vous le formulaire B-25?" sont-ils autant d'exemples qui nous donnent l'impression de pratiquer un rituel banal plutôt qu'une véritable communication?

Bien que peu satisfaisants, les échanges permis par les technologies et les communications de masse ne sont cependant pas entièrement dépourvus de possibilités relationnelles. Au contraire, en publicité, comme en promotion de la santé par exemple, il est relativement facile de créer par la communication des mécanismes d'identification et d'adhésion à des causes d'ampleur nationale ou internationale. La force seule de la propagande dans certains pays suffit à illustrer ce point. Les exemples ne manquent pas non plus dans notre quotidien pour réaliser que certains moyens tels le téléphone, l'ordinateur en réseau, le télécopieur, la télématique, etc, peuvent parfois au contraire nous apparaître très impersonnels et parfois tout à fait appropriés à l'établissement d'une relation qui nous satisfait.

Malgré tout, même si les technologies de l'information multiplient de façon exponentielle les occasions de communication et fournissent aux usagers des outils de relation avec les gens, pourquoi la plupart se plaignent-ils d'un manque croissant de communication? Pourquoi autant de préoccupations et d'émotions par rapport à cette activité pourtant si naturelle? Probablement parce que la communication procède d'abord et avant tout de l'intention de l'émetteur d'établir le contact de façon plus ou moins profonde et personnalisée avec le récepteur et qu'elle est tributaire, en second lieu, de la réceptivité du destinataire qui est plus ou moins libre de se laisser prendre au jeu de la communication et d'échanger sur un sujet donné.

Suite à ce tableau esquissant sommairement autant la complexité que la subjectivité des mécanismes de la communication, on comprend aisément que ceux qui veulent changer des comportements et des

Quand survient la solitude...

Par rapport à des thématiques telles que la surconsommation de psychotropes, le suicide ou la dépression, et même l'alimentation ou les accidents domestiques, nous avons souvent l'impression, voire la confirmation par notre expérience ou l'analyse de la littérature, que les facteurs de risques fondamentaux sont d'ordre psycho-social. Souvent, nous ressentons le besoin de programmes de prévention dans le domaine de la santé mentale, mais nous sommes fort dépourvus face à la complexité de ces problématiques.

Au Québec, nous avons eu l'occasion de prendre connaissance de quelques initiatives dans ce sens. Nous avons choisi de vous présenter ici une campagne du Centre de Promotion de la Santé mentale, coproduite par le CECOM (Hôpital Rivière-des-Prairies) et le D.S.C. de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, avec la collaboration du Ministère de la santé et des Services sociaux du Québec. Le CECOM a un siège en Europe.

"Quand survient la solitude..." est une campagne de sensibilisation sur le phénomène de l'isolement social et affectif.

Cette campagne s'appuie sur trois types d'outils :

- Des affiches de plusieurs types et un dépliant d'information cherchant à toucher la population générale.
- Trois documents vidéo orientés vers trois groupes d'âge : les enfants, les adolescents et les personnes âgées. Ces documents s'adressent directement aux trois publics-cibles sur un mode adapté à chaque groupe.

- Les productions réalisées par les enfants d'une école, dans laquelle les réalisateurs ont animé une semaine sur le thème de la solitude : dessins, bandes dessinées, reportages-radio, affiches.

- Des témoignages de jeunes sur fond de musique rap.

- Une fiction mettant en scène des personnes âgées.

Chaque vidéo est accompagné d'un schéma d'animation à l'intention des parents, éducateurs, animateurs, intervenants susceptibles d'entamer une discussion avec le public-cible concerné.

Le schéma d'animation comprend

- Un tableau explicatif des personnages ou des témoignages, structuré selon les rubriques suivantes : facteurs de risque, effets négatifs, stratégies et, pour les enfants, rôle de l'entourage immédiat et de l'entourage éloigné.
- Des questions d'animation ou des thèmes de discussion.

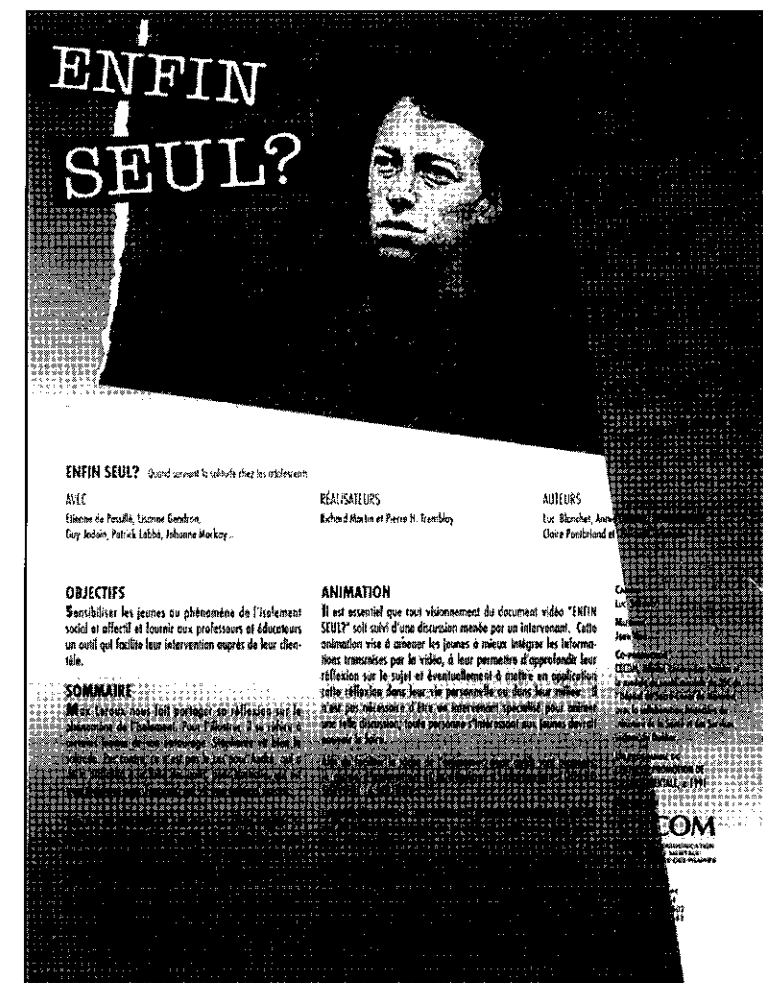
J'ai eu l'occasion de visionner le vidéo "Les enfants qui s'ennuient" et je l'ai trouvé particulièrement percutant. Il illustre avec simplicité quelle souffrance morale se cache derrière des comportements et des gestes quotidiens tout à fait banals. Ce programme m'a séduit, car il est résolument orienté vers la pré-

vention primaire, il évite les clichés et les recommandations normatives. Le défi est d'avoir voulu créer des supports à employer par des intervenants non spécialisés, qui ont "simplement" un contact proche avec le public-cible ! On attend avec intérêt les résultats d'une évaluation de cette campagne, qui doit s'étaler sur plusieurs années.

Chantal Vandoorne

Contact : Pierre TREMBLAY et Richard MARTIN, D.S.C. Sacré-Coeur de Montréal, Boul. Gouin Ouest, 5400, Montréal H4J 1C5, Tél. 1-514-338-3155, Cop. 1-514-338-2367.

CECOM, Centre de Communication en Santé mentale, Siège social : C.H.S. Lorquin, 57790 Lorquin, France, Tél. : 87.24.90.08, Cop. : 87.24.90.23. **Bureau à Paris :** rue ST Honoré 93, 75001 Paris, France, Tél. : 1.40.26.11.69, Cop. : 1.45.08.80.99.



La promotion de la santé par les médias

La deuxième partie de l'ouvrage nous apporte des éléments pratiques pour comprendre les façons de faire des médias pour passer des messages à la population :

- Comment réaliser des messages par un plan de communication en partant d'un projet de santé; en définissant le public, les objectifs, les idées à communiquer; en respectant certains principes (crédibilité, attraction, compréhension, etc.); en choisissant ses supports; en construisant ensuite le message selon les règles spécifiques à chaque média.

- Comment utiliser différentes stratégies d'accès aux médias. Les multiples moyens médiatiques sont énumérés et décrits en trois catégories :

- ceux qui sont disponibles à tous, du communiqué de presse à la lettre de lecteur;
- ceux qui sont réservés car soumis à des moyens financiers;
- ceux qui sont créés par des contacts personnels privilégiés avec les professionnels des médias, de la chronique à l'article.

Le chapitre sur l'évaluation présente aussi un intérêt, car il met en évidence les multiples rôles de cette évaluation :

- en préproduction : pour décrire le public, développer un concept;
- en cours de production : pour adapter l'outil;
- après la production : en mesurant l'exposition, la rétention, les changements de connaissances, d'attitudes, de comportements.

Une partie donc plus concrète, mais dont vous trouverez déjà les principaux éléments dans la récente publication de NCM et Question Santé "Concevoir et réaliser une campagne d'intérêt général" (voir le numéro 63 d'Education Santé).

En résumé donc, un livre intéressant par le débat qu'il ouvre sur la responsabilité des intervenants de santé vis-à-vis des médias et par les éléments pratiques qu'il apporte pour mieux les utiliser.

Mais un livre au titre trompeur qui ne présente pas assez en profondeur ce qu'est le monde imaginaire de la santé, les représentations individuelles et collectives de la santé, en partie créé par les médias.

Pour ceux que cet aspect des choses intéresserait particulièrement nous

vous conseillons la lecture d'*Audio-visuel et apprentissage* (notes provisoires, février 1990) ou mieux la présence au cours de Dieudonné Leclercq, professeur de technologie de l'éducation à l'Université de Liège.

Michel Demarteau, APES

A. BOUCHARD et L. RENAUD, *L'écologie de la santé par les médias*, Editions Agence d'Arc, Québec, 1991, 307 pages.

L'Unité d'Education pour la Santé (R.E.S.O. - U.C.L.) vous invite à participer à sa

3e JOURNEE D'EDUCATION POUR LA SANTE

"EDUCATION POUR LA SANTE: PRATIQUES ET RECHERCHES"

Le samedi 28 Mars 1992 de 9 à 15 heures

- 08h45 Accueil des participants
- 09h15 Introduction: **M. A. Deccache** (RESO-UCL)
Exposés: **Dr M. Roland** (Maison Médicale Forest)
Prof. M. Mercier (FUNDP)
Introduction aux débats: **Prof. X. Leroy** (RESO-UCL)
- 10h30 Pause, collation
- 11h Atelier A: **le patient**
intervenants: **M. J. Dumont** (CUB-Erasme)
Mme D. Genon (Clin. Princesse Paola-Marche)
Mme A. Malice (CEP)
- Atelier B: **les personnels de santé**
intervenants: **M. M. Demarteau** (APES-Ulg)
Dr R. Gagnayre (Univ. Paris-Nord)
Dr P. Trefois (Question Santé)
- Atelier C: **la communauté**
intervenants: **Prof. D. Piette** (Promes-ULB)
Dr B. Tissot (Centre Anti-Poisons)
Dr J. Laperche (Maison Médicale Barvaux)

13h00-13h30 Conclusions: **Prof. J.A. Bury** (RESO-UCL)

13h30-15h00 Apéritif, repas, rencontres informelles

Attention: le nombre de places est limité!

Clôture des inscriptions: 17/03/92

Renseignements et inscriptions: 02/764.72.50.

Auditoire Central G-Av. Mounier - 1200 Woluwé-St-Lambert

Frais d'inscription (documents, collation et repas inclus):

- jusqu'au 10 mars: étudiants 500 FB
autres 750 FB
- à partir du 11 mars: étudiants 750 FB
autres 1000 FB

attitudes par le biais de communications font face à des défis de taille. C'est ainsi qu'à leur niveau, les gestionnaires ayant pour tâche évidente d'humaniser le plus possible les modes d'échanges entre les usagers des systèmes d'information et l'organisation doivent essayer d'instaurer des communications efficaces dans leur environnement de travail tout en tenant compte des interactions humaines. Les communicateurs qui veulent rejoindre des foules ou des groupes cibles particuliers font face à un défi encore plus grand. Dans la mesure où leurs messages doivent non seulement être en compétition au sein d'une arène s'élargissant sans cesse, ils doivent de plus établir une relation à partir de véhicules peu interactifs.

En effet, comme la communication se caractérise autant par ses fonctions de transmission que par son caractère relationnel, les gestionnaires et praticiens de la communication doivent s'assurer de déjouer les mécanismes de la communication unidirectionnelle, celle qui est centrée sur l'échange d'informations uniquement, au profit de la mise en place d'une relation enrichissante pour les deux parties. Pour ce faire, nous verrons qu'au-delà des principes de base fondés, par exemple, sur l'écoute active et sur la prise en compte des "feedback" associés à la communication groupale ou à la communication de masse, il y a plusieurs techniques s'appuyant, notamment, sur la créativité de l'émetteur, sur sa capacité à intégrer les diverses techniques de communication à sa portée et sur son sens de l'analyse des besoins et des intérêts de son interlocuteur.

Dans ce contexte, le gestionnaire des systèmes d'information et le praticien feront alors de la communication une préoccupation constante d'objectif à atteindre. Ils considéreront la communication plus sous l'angle d'un climat à mettre en place et de relations à établir que de recettes orientées strictement vers les résultats. D'ailleurs, que ferions-nous d'un modèle absolu de la communication alors qu'il y a vraisemblablement autant

de vérités communicationnelles qu'il y a de relations possibles entre les individus ou les groupes?

Qu'est-ce que la communication?

Est-il possible que nous soyons plus souvent portés à communiquer qu'autrefois mais que nous le fassions moins bien par manque de temps ou d'intérêt? La communication interpersonnelle, en ce sens, est-elle en perte de vitesse? L'éclatement des moyens technologiques de communication, la croissance des médias et leur fragmentation, les phénomènes modernes de la surconsommation d'informations de tous genres et la banalisation de la communication sont-ils des processus interreliés et interdépendants?

D'autre part, comment ces processus issus des progrès techniques caractérisant notre société post-industrielle, transforment-ils notre perception de la réalité de même que nos modes de relations? Comment, enfin, pouvons nous récupérer l'art de la communication commerciale, celle qui fait connaître, aimer, préférer et acheter un produit ou un service donné, au profit de la communication institutionnelle ou dite "sociétale"? Avons-nous avantage à suivre ce modèle et pourrions-nous, un jour, vendre des comportements ou des habitudes de santé de la même façon?

Bien qu'il n'existe assurément pas de réponses claires et précises à toutes ces questions, nous allons tenter, ensemble, de brosser un rapide portrait des facteurs qui ont mené au constat suivant:

Les activités de communication et les échanges d'informations constituent le centre nerveux de nos relations avec les autres et avec notre environnement. Tant d'un point de vue socio-économique où l'industrie des communications est de plus en plus considérée comme la première activité commerciale au monde, que d'un point de vue culturel où nous sommes continuellement assaillis de messages conditionnant notre mode de vie, l'importance de ces activités s'accroît sans cesse. Que ce soit di-

rectement ou indirectement, nous avons également à notre portée des moyens de communication qui transforment nos possibilités d'entrer en relation avec autrui. Nous possédons aussi des outils qui nous permettent de discriminer nos choix de consommation parmi un éventail de véhicules médiatiques de plus en plus large et, en même temps, de plus en plus spécialisé. Cette forme de démocratisation du pouvoir de la communication n'est évidemment pas égale partout mais il est vraisemblable que dans la perspective du village global de Mac Luhan, nous soyons tous, un jour, en mesure d'être directement branchés sur les réseaux de communication planétaires. Or, malgré cette prolifération des moyens et des occasions où la communication revient sans cesse à l'ordre du jour, les individus et les organisations ne font pas preuve d'une plus grande satisfaction ou d'une plus grande compétence dans la gestion de leurs activités quotidiennes de communication.

Dans tous les cas, la qualité des processus et les techniques employées sont généralement les principaux éléments mis en cause de sorte qu'on en parle avec abondance, à tous les niveaux, dans tous les milieux. On essaie de mieux comprendre les mécanismes de comportement, on crée des séminaires... Mais la compréhension des théories et des techniques ou le fait d'en parler sont-ils suffisants pour régler le problème? Pouvons-nous développer une réflexion assez profonde pour que la conscience du problème se transforme automatiquement en solution? D'ailleurs, qu'entendons-nous au juste par problème de communication ou de gestion de l'information?

Pouvons-nous séparer l'acte de la communication en composantes autonomes et indépendantes comme nous l'avons fait pendant tellement d'années avec les modèles cybernétiques de la communication (c.f. Shannon et Laswell) ou ne devrions-nous pas plutôt développer une vision systémique du processus où le canal et les codes choisis ainsi que le contenu du message et l'effet souhaité (la relation) sont intimement liés? A la

vision mathématique de la communication qui sert de base à la communication de masse, ne devrions-nous pas substituer des modèles psycho-sociaux qui se rapprochent davantage de la communication humaine?

Evolution historique des processus psycho-sociaux de communication

L'industrialisation des facteurs de production, l'émergence des moyens et réseaux de transports de même que les progrès technologiques ayant mené à la naissance de la radio, du téléphone et de la télévision, ont été les principaux éléments moteurs d'une première révolution de la communication. En effet, parallèlement à la transformation des rôles sociaux de production et à l'éclatement des modèles traditionnels de la famille, les nouvelles technologies de communication ont été des artisans de changements d'une importance capitale au plan des habitudes de vie des consommateurs.

Plus près de nous, l'ordinateur, la télématique et les nouvelles technologies de l'information ont simplement provoqué un rythme accru de changement dans le quotidien des gens. A ce titre, il suffit de penser aux récentes percées de l'édition électronique, aux télécommunications et à la fibre optique, qui accroissent la possibilité d'actes professionnels à distance, améliorent les capacités de transmission et modifient encore plus les relations entre les individus. Ajoutant à ces facteurs de progrès, la tertiarisation et la mondialisation de l'économie favorisent également le développement de nouveaux modes d'échanges entre les gens. A travers ces nouvelles possibilités relationnelles, on peut également discerner diverses tendances parfois apparemment opposées.

Par exemple, en permettant à l'individu de se brancher sur des réseaux de communication aussi bien locaux que mondiaux, on assiste à une sorte de démocratisation de la communication de masse mettant

en valeur l'individu. Par contre, comme la naissance de ces nouveaux outils de communication ou de traitement de l'information contribue paradoxalement à une fragmentation accentuée des auditoires, elle accroît encore plus la portée et le rôle dépersonnalisant des médias. Bref, l'évolution des valeurs sociales de consommation en général et celle des supports technologiques de communication en particulier transforment notre perception et notre mode de relation de façon plus qu'ambivalente.

De la communication informationnelle à la communication relationnelle

D'une part, l'accès à des outils de communication de plus en plus performants fournit à l'individu un sentiment de pouvoir et de contrôle sur la relation qu'il exerce avec son environnement. D'autre part, il se crée une sorte d'isolement médiatique autour de l'individu qui, bien que bombardé quotidiennement de messages ou d'informations plus ou moins différenciées, ne sent pas que ces contacts, certes agressants, le concernent personnellement.

Indifférent aux divers stimuli médiatiques qui tentent d'assaillir ses sens, il peut à la rigueur développer une impression d'être en sécurité au sein de cet anonymat. Il est continuellement libre d'exprimer ses vues, s'il le désire, sans toutefois en ressentir le besoin. Par ailleurs, il peut décider, par exemple, de se brancher sur une émission pour faire le vide intellectuel ou pour se divertir sans s'impliquer outre mesure comme il peut choisir un contenu en fonction d'un objectif d'apprentissage des plus complexes. D'une certaine façon, il adopte à sa guise certains des mécanismes de défense ou certains des modes de comportement de la masse silencieuse.

Ce phénomène moderne de la consommation indifférenciée de l'information qui nous entoure modifie sensiblement notre perception de la réalité. Autrefois, dans le mode

de production artisanal, le savoir était transmis de façon beaucoup plus personnalisée alors que la culture en général était le fait d'une tradition orale basée sur la communication entre les pairs. Que ce soit au niveau politique ou commercial, la communication était loin d'être considérée comme une activité en soi; elle faisait partie intégrante des processus d'échanges sociaux et elle se faisait beaucoup plus fréquemment d'individus à individus.

Avec l'industrialisation cependant, et de façon encore plus accentuée depuis les dix ou vingt dernières années, les communications et les échanges d'informations provenant d'entreprises, de sociétés, d'états ou d'organismes à caractère non lucratif, sont de moins en moins différenciés et encore plus rarement personnalisés. Il est normal, en ce sens, que de nos jours les entreprises tentent de plus en plus de se doter d'une personnalité ou d'une image institutionnelle qui se substitue symboliquement à l'émetteur traditionnel afin que les consommateurs les reconnaissent et puissent s'identifier aux valeurs véhiculées par la firme. De fait, les entreprises créent une relation avec le consommateur en lui présentant des messages à propos de produits répondant à ses besoins de manière à susciter l'achat. La satisfaction du produit à l'usage sera alors associée à la marque ou à l'image même de la compagnie de sorte qu'avec le temps, cette dernière pourra communiquer plus facilement avec le client en s'appuyant sur le positionnement mental que se fait le consommateur du produit ou de la firme avec laquelle il a été en relation.

Le champ particulier de la santé

Dans le cas des communications afférentes au secteur de la santé, il est intéressant de comprendre que l'une des difficultés majeures provient du fait que la relation avec les consommateurs à qui l'on désire vendre, par exemple, une attitude nouvelle ou un changement de comportement significatif face à une problématique donnée, ne suit pas le même cheminement que dans

Lu pour vous

L'écologie de la santé par les médias

Le titre du livre d'André Bouchard et de Lise Renaud, docteurs en éducation, le premier spécialiste de la communication et la seconde de l'éducation pour la santé, est prometteur et ambitieux.

Dans une première moitié du livre, les auteurs tentent tout d'abord de nous introduire dans le monde imaginaire de la santé créé et projeté par les médias. Quel est le rôle des médias en général et de certains en particulier dans la fabrication des images de la santé ?

Ensuite, dans une deuxième partie, ils nous apportent des éléments pour nous permettre d'utiliser de façon active ces médias pour promouvoir la santé.

Attiré par le titre, par cette brève synthèse au dos du livre, nous avons acheté cet ouvrage lors de notre passage à Montréal. Les livres en français touchant à notre domaine de travail sont rares. Nous pensons donc qu'il est utile de vous en faire plus qu'une brève recension.

Le monde imaginaire de la santé

Le livre débute par un rappel utile : le monde projeté par les médias est imaginaire et symbolique. Ceux-ci fabriquent des images, façonnent la réalité par un double processus de **réduction** et d'**extension**. La complexité de la réalité est d'abord réduite à quelques éléments simples, qui sont isolés. Ensuite, ces petits éléments sont étendus, grossis, amplifiés pour mieux les faire percevoir.

Les auteurs nous présentent ensuite les principales fonctions des médias :

- Fournir des informations, mais sélectionnées, interprétées, trans-

formées et par là créant des normes.

- Divertir.

- Vendre. Les médias sont des entreprises d'information et de divertissement dans un espace économique qui a ses lois.

Pour bien suivre la suite du livre, et malgré une définition initiale des médias comme "canaux de communication pour transporter des images", c'est à cette notion d'"entreprises économiques" que le lecteur doit se référer. C'est, en effet, plus un ouvrage orienté vers une présentation des relations entre les intervenants de santé et les "entreprises médiatiques" que nous proposons les auteurs qu'un ouvrage théorique sur la communication, les médias et la santé.

En effet, après cette trop brève introduction, la suite de la première partie est consacrée à la présentation de la situation québécoise en matière de campagnes médiatiques sur la santé. Elles ont commencé en 1978 suite à création d'une taxe de 2 % sur l'achat d'espace publicitaire dans les médias électroniques.

Une analyse média par média de la radio, de la télévision, du magazine et de l'ordinateur nous propose ensuite une description de certains messages, la pertinence de ceux-ci pour la population et leur efficacité relative en matière de crédibilité, participation, rétro-action, accessibilité, permanence, effet multiplicateur et complémentarité.

Cette analyse, fort québécoise, c'est-à-dire inévitablement marquée par son contexte culturel, nous est apparue comme intéressante, mais non transférable à notre propre contexte. Le rôle de la radio par exemple y est décrit comme très

limité, comme un média d'appoint sans grande influence.

Enfin, les auteurs décrivent les auditoires des messages. Ils y présentent ce qu'ils estiment être les besoins et les attentes de la population et des intervenants de santé en matière de médias.

Leurs thèses sont les suivantes :

Pour la population, les médias doivent être accessibles sur le plan matériel, intellectuel et démocratique. Ils doivent être soumis à la gestion, au développement et au contrôle par cette population. Il faut donc veiller à éduquer aux codes qui régissent les médias, à contrebalancer les pouvoirs que donne la propriété (publique ou privé) des médias à assurer la liberté de parole, à contrôler les prises de décisions.

En matière de santé, les intervenants spécialisés de ce secteur (tous les intervenants et pas seulement les médecins) ont un rôle crucial à jouer comme porte-parole de la population, en étant conscients du rôle des médias et formés à son utilisation. Ils doivent réclamer l'accès aux médias, mais aussi affirmer leur crédibilité.

A la fin du livre, la citation suivante résume cette position "les médias sont des auxiliaires aveugles de la promotion de la santé. Le rôle des intervenants de la santé est de corriger cette cécité" (p. 294).

Même si nous partageons largement le souci démocratique des deux auteurs, nous sommes restés au terme de cette première partie assez insatisfait. Nous n'avons pas trouvé une véritable explication écologique de la santé par les médias. L'étude des représentations du public en matière de santé n'est, par exemple, que très brièvement citée. Nous avons également trouvé la description des attentes et besoins des auditoires, ... un peu longue.

Que nous réserve la deuxième partie ?

Fumer ou communiquer

"... ce colloque portera sur les méthodes de communication, d'intervention et d'évaluation. L'accent sera mis sur les processus, ..."

C'est ce que proposaient les organisateurs québécois du colloque "Promouvoir la santé en francophonie" dans leur appel de communication. Ce fut l'occasion de reformuler le programme de Gestion du Tabagisme en Entreprises (G.T.E.) de la FARES en termes de processus de communication. Nous souhaitons partager avec vous quelques éléments de cette relecture qui est à l'origine de notre présentation dans l'atelier "Interventions locales" à Montréal.

La première de ces réflexions risque de paraître triviale. Et pourtant, après quelques années de pratique sur le terrain, elle nous semble fondamentale : le tabac est inoffensif s'il n'est pas utilisé. Nous entendons par là que ce n'est pas le tabac en tant que produit qui doit retenir notre attention; ce sont bien les comportements de consommation qui posent problème et c'est donc vers eux que nos regards devraient se tourner.

Ce constat prend toute son importance dans la définition de l'objectif d'un tel programme (G.T.E.) qui se veut un service professionnel aux entreprises qui souhaitent établir une nouvelle politique en matière de consommation de tabac sur les lieux de travail. Il ne s'agit donc plus d'éliminer le tabac de l'entreprise, mais bien d'engager un processus de modification des comportements.

D'où notre question centrale devient : "Comment modifie-t-on des comportements ?".

L'interdiction ?

Pour modifier les habitudes tabagiques au travail, ne suffirait-il pas tout simplement d'interdire de fumer ? C'est évidemment la solution la plus facile en apparence et donc la plus tentante. En réalité, obtenir son application pose d'importants problèmes relationnels, ce que craignent beaucoup de directions. En effet, le risque de non-adhésion de membres influents et indispensables de l'entreprise est grand. Nous nous souvenons de ce cas où la Direction Générale fut contrainte d'annuler une mesure d'interdiction prise quelques semaines plus tôt pour ne pas en arriver

au licenciement du directeur commercial outrepassant ostensiblement cette décision unilatérale. L'image de l'autorité fut bien égratignée !

Si l'interdiction pure et simple séduit beaucoup de non-fumeurs qui désirent se mettre à l'abri des risques du tabagisme passif, par contre, elle ne tient pas compte des besoins des fumeurs. Rappelons que le tabagisme est aujourd'hui reconnu comme une toxicomanie au même titre que l'abus d'alcool ou d'autres drogues. Cette toxicomanie n'entraîne pas de conduite illicite, ni de déchéance sociale. Elle est donc encore largement acceptée, voire encouragée. Ceci peut nous faire oublier la dépendance et donc les difficultés rencontrées par beaucoup de fumeurs à contrôler leur consommation.

Notons enfin que la loi sur les contrats de travail demande aux employeurs d'agir en concertation avec leur personnel lorsqu'ils souhaitent introduire des modifications dans les conditions de travail.

En conséquence, il semble que le tabagisme sur le lieu de travail est un phénomène complexe qui requiert une approche plus subtile.

La communication ?

Si la logique de l'interdiction sans concertation ne nous convainc pas, posons-nous à nouveau la question : "Comment modifie-t-on des comportements ?".

Les experts en la matière répondent tous, unanimes, que le seul outil à notre disposition est la communication. Or, force est de constater que la communication à propos du tabac recèle bien des pièges. Les blocages qui empêchent l'évolution des situations conflictuelles entre fumeurs et non-fumeurs trouvent le plus souvent leur origine dans une communication inadéquate.

Un exemple de communication inadéquate développé au colloque est celui de la confusion entre "arrêter de fumer" et "ne pas fumer sur son lieu de travail". Cette confusion apparaît avec beaucoup de clarté lorsqu'un non-fumeur, dérangé par la fumée de son collègue, lui lance : "Tu devrais arrêter de fumer !".

Si nous décryptons la situation, nous nous apercevons que le non-fumeur est dérangé par la fumée de tabac présente dans son local à un moment donné. Son objectif devrait être d'obtenir la disparition de cette fumée. Or, dans son discours, il signifie à son collègue d'arrêter de fumer en tout temps et en tout lieu. Bouleversement important s'il en est,

quand on se rappelle à quel point devenir non-fumeur peut représenter un véritable changement de style de vie. Par ailleurs, nous savons qu'un tel changement ne se produit que lorsque la personne concernée en prend la responsabilité, c'est-à-dire qu'elle en prend la décision personnellement.

Par conséquent, la manière dont la demande est formulée est inadéquate par rapport à l'objectif qui devrait être visé - travailler dans un espace non pollué par la fumée de tabac - et non - modifier la vie de son collègue -.

De nombreux blocages sont liés à cette confusion, puisque le fumeur se sentira incapable de satisfaire la demande de son collègue (devenir non-fumeur). Il ne changera donc rien à son comportement, alors qu'il serait tout à fait capable de s'abstenir de fumer dans son local si, par exemple, un autre endroit était prévu spécifiquement pour y fumer.

Communiquer différemment permettra de lever ce blocage. Il s'agira de ne plus viser le fumeur, mais bien la fumée ambiante dans les locaux et ce, dans toute information adressée au personnel. A partir de ce moment, le fumeur, respecté en tant que personne, remettra beaucoup plus facilement ses comportements en cause. Une négociation est dès lors possible. Un consensus autour de limitations à la consommation de tabac va pouvoir émerger.

En conclusion, notre rôle de consultant est de **favoriser la communication** en faisant le pari de la responsabilisation du personnel. Au lieu de dénoncer un produit nocif, nous visons à induire une attitude de collaboration par la constitution d'un groupe de travail réunissant les représentants des différents secteurs et niveaux de l'entreprise. Ce groupe est l'organe de réflexion, de décision et de diffusion de l'information. C'est au sein de cette structure et par son intermédiaire que nous travaillons à dissiper les confusions et lever les blocages, afin d'évoluer vers un climat de confiance. La première action de cette cellule est de réaliser une consultation du personnel qui est l'occasion d'exprimer besoins et souhaits en matière de tabac. Ce processus permet d'élaborer une "politique-tabac" en tant que réponse à la demande du personnel. Ainsi, cette évolution devient l'affaire de l'entreprise et non plus une action sur l'entreprise.

Luc Schreiden, Fares ■

le processus commercial. La satisfaction du besoin et les résultats à atteindre de même que le changement de comportement ou l'incitation à un comportement souhaité, s'inversent par rapport au modèle de la relation d'achat traditionnelle. On demande, par exemple, au consommateur de donner sans recevoir, de changer une habitude qui le satisfait pour une autre parfois plus austère, moins satisfaisante de prime abord. Dans ce contexte contraignant, l'image de la marque ou de l'émetteur de la campagne parvient au destinataire sous un jour nettement moins attrayant. Imaginez, de plus, ce qui peut arriver lorsque l'émetteur médiatise sa campagne et ne différencie pas son message. Il lui donne évidemment encore moins de personnalités de relation avec la personne. A la rigueur, la communication sociétale pourra même prendre l'allure d'une prescription ou d'un commandement avec, par exemple, : "lorsque des relations sexuelles tu voudras, ton condom tu n'oublieras pas!".

Quelques exemples de solution

Dans un tel contexte, il est aisé de comprendre que le message seul ne suffit pas et que les succès des communications institutionnelles ne s'improvisent pas. Au contraire, il constitue un défi additionnel pour le gestionnaire de systèmes d'information ou pour le communicateur ayant à opérationnaliser une campagne. La relation étant plus difficile à établir qu'en contexte normal d'échange, l'efficacité de la communication sociétale proviendra justement des efforts des communicateurs et des gestionnaires pour établir de tels liens tout en prenant en considération un certain nombre de facteurs d'ordre plus psychologique liés à la perception de la clientèle cible.

Dans le domaine de la santé, il semble être plus courant de parler de malades, de patients, de bénéficiaires ou d'usagers que d'utilisateurs de services, de citoyens consommateurs ou de clients-payeurs-de-taxe. Même si la notion de client

est peu développée dans le secteur de la santé, il n'en demeure pas moins que pour influencer les individus concernés, il faut s'adresser autant aux émotions qu'au rationnel. Des campagnes comme celle sur le sida ou celle sur l'alcool au volant, n'auraient jamais eu les mêmes effets si l'on n'avait pas joué à la fois sur la peur et la crainte de la répression et à la fois sur l'argumentation logique du message.

En ce qui a trait aux relations institutionnelles de pouvoir centrées sur l'information, il faut établir les champs respectifs de compétence et s'assurer de la mise en place de mesures pour intégrer les moyens de communication au sein du processus de gestion de manière à garantir une plus grande circulation de l'information. Au plan individuel, les gens se rassurent et tentent de se rendre indispensables en monopolisant le plus possible d'informations à leur niveau. A un autre plan, la masse silencieuse qui agit comme une sorte d'entropie négative de la communication, absorbe tous les messages et toutes les campagnes sans que les individus qui la composent se sentent concernés.

C'est pourquoi, à mon avis, la communication véritable est une denrée de plus en plus rare. Par conséquent, les gens s'habituent à vivre dans une sorte d'appauvrissement psychologique de la relation entre humains, les échanges d'informations ayant plus ou moins tendance à ritualiser les processus de communication. Il faut rapprocher les gens entre eux, leur fournir plus d'occasions de rencontre et d'échanges pour développer des synergies utiles à la progression de leurs objectifs. A ce titre, diverses techniques d'animation de la communication fondées sur la méthodologie du lieu de parole groupale, peuvent également aider les gens à s'exprimer en tant que collectivité et à dépasser ainsi par la création de ces nouveaux rapports sociaux la perspective réductrice de l'individu anonyme au sein de la foule.

En dernier lieu, je crois sincèrement qu'il faut continuer de s'inter-

roger sur le sens profond de la communication et sur les possibilités qu'elle nous offre pour résoudre aussi bien les petits tracas quotidiens que les grands enjeux interculturels. Tant au plan individuel que social, la communication permet une meilleure compréhension des comportements qui soutiennent nos relations. Elle fournit un sens aux rapports que nous tisons avec les autres, et elle alimente notre recherche continue d'identité. Il serait intéressant toutefois de se demander si l'on communique plus et mieux avec l'âge et si tous les problèmes de communication que nous vivons ne sont pas uniquement reliés au fait que nous manquons de temps pour le faire ?

Si vous me permettez de commenter mon hypothèse de départ, je pense que nous sommes en mesure de constater que loin de s'appauvrir de façon aussi dramatique que le rythme moderne de la vie des relations pourrait le laisser croire, la communication interpersonnelle évolue à sa façon et se porte fort bien. Parallèlement aux formes de communications médiatisées, j'estime qu'elle fournit de plus un cadre de référence et une dynamique originale à ces pratiques nouvelles. Dans la perspective où notre civilisation a réduit au strict minimum l'isolement entre les individus et où la technologie accélère la diffusion de l'information, la communication interculturelle qui prendra une ampleur sans cesse croissante, devra tenir compte beaucoup plus du rôle du contexte et de la relation dans l'échange. Actuellement, avec les nords-américains, elle mise trop sur l'aspect rationnel uniquement.

Jean-Pierre Fréchette, M.B.A., Conseiller en communication stratégique, président du groupe Communicom - Québec-Canada ■

Les médias améliorent-ils la santé ?

L'Organisation Mondiale de la Santé a défini la promotion de la santé comme le processus qui consiste à rendre la personne et la collectivité aptes à mieux contrôler les facteurs déterminants de la santé et par conséquent à améliorer leur qualité de vie. Pour ce faire, il existe différentes approches parmi lesquelles les médias de masse sont utilisés, notamment la télévision, la radio et les journaux. Ces sources constituent la deuxième source d'information en matière de santé après le médecin.

Dans cette optique de la promotion de la santé, les intervenants sanitaires ciblent un certain nombre de comportements et de facteurs socio-économiques qui devraient évoluer et changer. Pour atteindre ces objectifs, les médias peuvent-ils prétendre influencer la population en représentant des contenus de messages sur la santé? Comment jouent-ils un rôle dans la promotion de la santé? Quelle est l'efficacité de ces messages dans l'éducation à la santé ou dans l'évolution des comportements sanitaires? Bref, ces messages sont-ils capables de faire évoluer des comportements?

Pour répondre à ces questions, nous examinerons les rôles des médias et la nature des messages exposés à la population. Finalement, nous regarderons les approches médiatiques utilisées par les intervenants: soit d'une part, une perspective axée sur le marketing social et d'autre part, une perspective axée sur l'"advocacy". Notre intention est de démontrer l'intérêt et la pertinence d'utiliser les deux perspectives lorsque des interventions médiatiques sont planifiées.

Les rôles

On attribue aux médias de masse deux rôles majeurs : la sensibilisa-

tion à l'importance de certains sujets et un pouvoir multiplicateur (la stimulation à la discussion par les personnes). Ces rôles feraient des médias de puissants agents d'information et de transformation sociale.

La sensibilisation à l'importance de certains sujets

Les médias de masse sont efficaces pour éveiller les personnes et les sensibiliser à de nouveaux sujets. Ils confèrent un statut et une légitimité à certains thèmes, les vulgarisent et, de ce fait, les rendent acceptables et plus faciles à aborder.

Par exemple, la première phase de la campagne du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur les maladies transmises sexuellement voulait qu'un problème de professionnels de la santé devienne un problème de société et que tous soient concernés. La première campagne "L'amour, ça se protège" a provoqué plusieurs réactions dans le public : certains groupes trouvaient odieux de parler de cette question dans les médias, d'autres prétendaient que le message n'était pas assez "osé". Depuis lors, la dernière campagne qui est la troisième phase du MSSS, "On serait fous de s'en passer" montrant un condom et réalisée en 1990, a été acceptée sans controverse par la population et les différents groupes. Il y a même eu des émissions d'intérêt public qui ont interviewé des personnes sur leur utilisation du préservatif... De plus, le condom devient un article de prime publicitaire : à l'achat d'un vêtement Benetton, chaque client reçoit un condom (1). Il y a donc eu une évolution dans les mentalités : jusqu'à tout récemment, le mot condom

n'avait pas sa place à la télévision et aujourd'hui, c'est un mot commun et utilisé ouvertement dans des discussions.



photo Marc Deville - Photo News

Un pouvoir multiplicateur

Ainsi, dans cette prise de conscience de l'existence de facteurs de risque, les médias ont un rôle à jouer auprès de la collectivité. Nous n'avons qu'à penser aux images liées à la santé qui nous viennent à l'esprit pour découvrir que nos idées proviennent la plupart du temps des messages de la télévision, de l'imprimé, de la radio, etc. Toutefois, ces images de la santé deviennent nôtres une fois que nous les avons discutées et que nous nous sommes approprié leur contenu. Ce n'est qu'une fois qu'il y a eu discussion et partage de l'information et de ces images de santé dispensées par les médias que la population chemine.

C'est une erreur de croire que les messages de santé diffusés dans les médias de masse sont reçus de façon identique d'une personne à l'autre. Au contraire, un récent bilan des recherches dans ce domaine indique que nous devons concevoir l'auditoire des téléspectateurs comme des gens qui intègrent l'information des médias en fonction de leurs conceptions personnelles et de leur cadre social de vie.

Plusieurs études ont montré un lien direct entre les médias de masse et

Cet ouvrage de référence relativement volumineux présente les principaux concepts et orientations en prévention des accidents, les données épidémiologiques sur les traumatismes au Québec, et une synthèse de la situation par type d'accident: nature et ampleur du problème, population à risque, facteurs de risque, mesures préventives et pistes d'action. La prévention tertiaire, l'approche économique et l'intersectorialité au niveau des institutions font en outre l'objet d'une analyse plus approfondie. Cet ouvrage propose également un répertoire des spécialistes et institutions qui interviennent dans le domaine de la prévention des traumatismes.

La matrice de Haddon, quoique vieille d'une vingtaine d'années, reste un modèle fonctionnel pour analyser les solutions préventives adéquates et décider des priorités d'action, car elle intègre

- la dimension temporelle, ce qui permet d'évoquer la prévention primaire (apparition de l'événement, apparition des blessures,...), la prévention secondaire (secourisme, soins d'urgence,...) et la prévention tertiaire (réadaptation, indemnisation, etc.);
- le caractère multi-factoriel de la genèse des accidents et des blessures: facteurs humains, agent, environnement physique, environnement socio-économique.

Enfin, le programme de formation, récurrent sur un mode annuel, est fondé sur ces mêmes options et animé par la même équipe. Il vise à favoriser la connaissance d'une approche globale et multidisciplinaire, en prévention des traumatismes. Il s'adresse à tous les intervenants ayant une formation universitaire de premier cycle ou une expérience pratique dans le domaine de la prévention des traumatismes. Il allie présentation du cadre théorique et exercices pratiques.

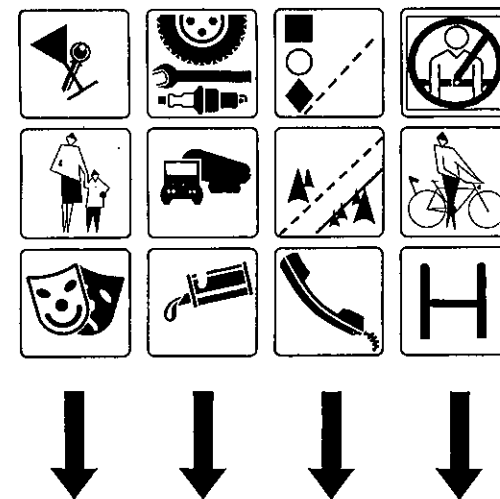
Pour Educa-Santé, l'objectif d'une collaboration avec les Québécois est de co-organiser en Communauté française une formation de ce type, dans le cadre du développement des réseaux locaux d'actions-sécurité (Troisième phase du programme R.A.S.). En effet les modalités d'approche de la prévention des accidents domestiques dans le cadre de cette formation et du programme R.A.S. s'enrichissent mutuellement :

- Le programme québécois apporte son expérience de la plurisectorialité dans la planification d'actions de prévention concrètes, ainsi que de l'analyse croisée des quatre catégories de facteurs avec les trois phases temporelles.
- Le programme R.A.S. apporte son habitude, ses modèles et ses supports de travail communautaire et éducatif avec le public et avec les relais locaux des secteurs médico-sociaux et de l'enseignement.

D'ici fin 92, la faisabilité d'une telle collaboration et les modalités d'un éventuel programme de formation à la prévention des accidents domestiques en Communauté française seront définies. Perspectives d'échanges alléchantes, ... à suivre! Signalons aussi qu'Educa-Santé développe depuis quelques mois des projets d'échanges entre le programme R.A.S. et des partenaires français spécialisés en prévention des accidents domestiques. Cette collaboration a connu sa première activité effective à Charlevoix en janvier 1992.

Chantal Vandoorne ■

LA MATRICE DE HADDON: Un CADRE pour choisir! Un CADRE pour agir!



DIMINUER LE NOMBRE ET LA GRAVITÉ DES BLESSURES

La matrice de Haddon c'est le "comment" se produisent les accidents et les blessures et "comment" y remédier.

Sur l'axe horizontal, on retrouve les 4 facteurs: **humain, véhicule, environnement physique** et **sous-économique**. Ces 4 facteurs agissent également selon les 3 phases de l'accident, soit **avant, pendant** et **après** la collision, sur l'axe vertical.

Ainsi, pour chaque problème de sécurité routière, l'étude de ces 12 cases permet de trouver des solutions adéquates et "qui marchent".

tact avec des projets variés reposant sur les mêmes bases que le sien.

- Dans la mesure où l'une ou l'autre séance de travail se révèle particulièrement fructueuse, jeter les bases d'un projet commun entre le Québec et la Communauté française de Belgique.

Dans un souci de concertation, le S.P.E.O.L. a proposé aux projets repris dans l'encadré d'organiser une séance de travail sur leur site, avec un petit groupe de leurs partenaires les plus intéressés. L'accueil enthousiaste de ces organismes a donné lieu à un programme qui a couvert l'ensemble de la Communauté française.

BARVAUX :

rencontre des relais de la Croix-Rouge travaillant au programme d'éducation pour la santé dans les écoles de la Province de Luxembourg.

BRUXELLES :

● Rencontre des responsables de l'éducation pour la santé à la Fédération des Maisons Médicales.

● Présentation du projet québécois aux représentants de la Commission de Coordination Communautaire et des Commissions Locales de Coordination en Education pour la Santé.

● Rencontre organisée par la Coordination-Santé de la Z.E.P. de Saint-Gilles avec les organismes intervenant dans les actions d'éducation alimentaire, afin d'approfondir l'élaboration d'un projet commun spécifique à la Z.E.P.

HUY :

rencontre organisée par le Service d'Education pour la Santé, dans le cadre de "Huy, ville et villages en santé", avec des représentants de services communaux et d'écoles impliqués dans des projets d'éducation alimentaire.

LIEGE :

● participation à la séance officielle de remise des prix aux lau-

réats du concours "Je mange bien à l'école" organisé par le S.P.E.O.L.

● Conférence-débat, à l'invitation du S.P.E.O.L. et des Commissions Locales de Coordination en Education pour la Santé de Liège et Huy-Waremme, à l'intention des enseignants, éducateurs, infirmières, psychologues, médecins, parents, ... ayant une expérience de l'éducation alimentaire à l'école.

SENEFFE :

rencontre avec des représentants de services communaux et d'écoles dans le cadre d'un projet-pilote, mis en place par Question-Santé, sur le thème de l'alimentation des enfants de deux cités de cette ville.

La plupart des partenaires qui ont participé à ce programme d'échange, en concertation avec le S.P.E.O.L., se sont déclarés très satisfaits des résultats de leur séance de travail. Certains d'entre eux ont le projet d'approfondir leur collaboration avec la D.S.C. Sacré-Coeur. Pour d'autres, cette rencontre fut surtout l'occasion de stimuler les interactions au sein des projets locaux.

Si, à la lecture de ce programme, vous souhaitez prendre connaissance du projet "Mon système digestif et celui de mon quartier" réalisé dans le cadre de "Vivre Saint-Michel en santé", une copie du document peut être obtenue auprès du S.P.E.O.L. ou des C.L.C. de Liège, de Huy-Waremme et de Verriers.

Prévention des accidents domestiques

Organiser, en collaboration, en Communauté française un programme de formation inter-sectoriel à la prévention des accidents domestiques :

Pour rencontrer, lors de ce colloque, des intervenants qui avaient l'expérience de la prévention des accidents domestiques, il fallut d'abord lever une ambiguïté de langage : les Québécois ne parlent pas de prévention des "accidents"

mais bien de prévention des "traumatismes". Au-delà de l'aspect anecdotique, cette différence exprime une réalité conceptuelle.

William Haddon a reconnu que l'on pouvait séparer conceptuellement l'analyse des traumatismes en deux événements bien distincts :

- La prévention des événements potentiellement dangereux, souvent appelée prévention des accidents;
- la prévention des traumatismes ou blessures qui résultent de l'accident.

Cette distinction a permis d'ouvrir une perspective beaucoup plus large, pour ce qui est de la prévention des traumatismes, bien au-delà des anciennes orientations qui accentuent l'identification des individus à risque et les tentatives de modification de leurs comportements.

Au-delà de quelques initiatives isolées tel un programme de prévention des chutes chez les personnes âgées "*Bon pied, bon oeil*", mis en place par le D.S.C. Sacré-Coeur de Montréal, maintenant bien connu des lecteurs, les possibilités d'échanges entre le Québec et le programme R.A.S. se structurent surtout autour

- d'un livre "*Les traumatismes au Québec: comprendre pour prévenir*" (Coll. sous la direction de Ginette Beaulne, Les Publications du Québec, 1991).
- d'un modèle : la matrice de Haddon (voir page suivante);
- d'un programme de formation selon une approche multidisciplinaire et intersectorielle : "*La prévention des traumatismes: des habiletés à acquérir*"; il s'agit d'un programme réalisé conjointement par le D.S.C. de Rimouski, le D.S.C. de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, le Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval, le Direction de la promotion de la santé du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

leur impact sur la population. Or, cet effet est médiatisé par la norme sociale, comme tendent à le démontrer les modèles psychosociaux de changement de comportement. C'est l'opinion des autres et le fait de se conformer ou non à cette opinion qui jouent dans le changement de comportement. Dans ce schéma, les médias viendraient jouer un rôle d'"opinion du pair" et de ce fait, seraient porteurs de changement.

La nature des messages sanitaires

Ainsi, si le média est "l'autre", quel discours utilise-t-il pour nous parler des images de la santé?

La nature des messages véhiculés par les médias concernant la santé sera examinée à travers les modèles de comportements à imiter, la perspective de la santé/maladie et les publicités.

Les modèles de modes de vie

Les médias de masse sont une source importante de modèles à imiter. Les études de Karélia et de Stanford démontrent que les médias de masse ont un potentiel de changement de comportement auprès de la population, particulièrement quand ces comportements sont simples à adopter, montrés par des modèles attrayants et qu'ils génèrent des renforcements positifs. Certaines études américaines ont démontré que quand John, dans Dallas, avait cessé de fumer, un certain pourcentage de la population avait fait de même. C'est aussi dans cette perspective que Lise Payette, via "Un signe de feu", a présenté, au sujet de la violence conjugale, des normes sociales (i.e. la violence, c'est inacceptable), a proposé des nouveaux modèles (i.e. en parler à ses amis et demander de l'aide) et a accentué certaines valeurs (i.e. ce n'est pas la faute de la victime, il faut rompre le cercle de la violence). Ainsi, les types de comportements liés aux modes de vie présentés par les médias sont très importants vus dans une pers-

pective de santé publique : ils montrent des façons de faire.

Cependant, dans la majorité des cas, les comportements présentés par les médias ne sont pas très bénéfiques à la santé de la population, car celle-ci est confrontée à un ensemble hétéroclite de modèles ou de conduites à suivre. D'ailleurs, signalons que les images pro-santé sont noyées dans une mer d'images proposées par les téléromans et la publicité. Les téléromans sont le reflet de plusieurs modèles à suivre. La consommation excessive d'alcool et de nourriture est souvent présentée comme une façon de composer avec le stress ou de surmonter une difficulté relationnelle : "En général, les médias transmettent une image très stéréotypée des rapports amoureux, davantage propagande pour le sexe que conception réaliste de l'expression de l'amour entre deux personnes", rapporte France Verrette dans la Gazette des Femmes (2). De même, l'expression de la violence verbale et physique, l'expression des relations amoureuses, la consommation sous toutes ses formes, etc. sont autant d'exemples où la population puise ses modèles de comportements. Ces modèles viennent contredire et réduire, voire même annihiler les efforts de promotion de la santé.

La perspective de santé/maladie

L'éducation du public par les médias part le plus souvent d'une analyse de la santé/maladie comme étant un phénomène individuel et rarement comme un phénomène déterminé par des structures sociales et économiques. Selon Navarro (3), la majorité des propos tenus sur la santé par les médias insistent surtout sur la dimension du comportement individuel, délaissant la réalité du contexte socio-économique. En effet, les journalistes s'alimentent d'articles de recherche qui mettent l'accent sur le comportement : "Au niveau de la santé, les études sociologiques ou comportementales consacrées aux individus surabondent, mais les recherches sur la nature du système économique et politique, qui au départ dé-

termine des comportements, sont plutôt rares".

Une autre constatation s'impose en regardant les images de la santé projetées par les médias : le médecin s'impose comme collaborateur.

Chaque réseau de télévision possède son omnipraticien. Mais le médecin doit-il être le seul intervenant à collaborer avec les gens des médias? Ne faudrait-il pas, au contraire, démocratiser la collaboration avec les médias et valoriser la participation des autres professionnels de la santé? Ceux-ci, sans avoir la formation des médecins, peuvent apporter un support et des expertises complémentaires à la médecine officielle. Ils offrent souvent une attention différente et moins corporatiste aux politiques de la santé et aux applications qui en découlent. Ils sont les intermédiaires entre la population et la médecine officielle, entre la clientèle et les organismes de santé et entre le simple citoyen et les décideurs politiques. Il n'est pas certain que les médecins acceptent ce partage de leur autorité morale sur la santé, mais la population a intérêt à avoir plusieurs points de vue plutôt qu'un seul et à rechercher les conseils et les avis des autres professionnels. L'exemple le plus éloquent, ces dernières années, est la manière d'exposer le dossier des sages-femmes à la population. Selon certains médecins, la naissance serait un acte médical que nul autre spécialiste ne peut accompagner et "soigner". Quel monopole et quel raccourcissement historique...

La publicité

La publicité utilise la santé à ses fins. Elle associe, depuis un certain temps, la valeur santé à celle de la consommation. Manger des pâtes alimentaires, c'est recommandé par le guide alimentaire québécois et c'est bon pour votre santé! Tel analgésique vous procurera un mieux-être. Ainsi, bon nombre d'images de la santé présentées par les médias sont associées à celles qui sont véhiculées par la médecine, l'industrie pharmaceutique et l'industrie agro-alimentaire.

Nous mangeons trop ou mal, nous avons des douleurs à la tête, au

foie, à l'estomac, etc., des solutions nous sont proposées. La publicité, en plus de son produit, nous vend des comportements à adopter vis-à-vis de la santé : intolérance à la moindre douleur, désir de soulagement immédiat, recours à une vie trépidante, etc.

La publicité est un support financier important dans la production des médias. Elle ne se veut pas une oeuvre de bienfaisance ou de philanthropie, elle vise le profit de la compagnie et elle relègue au second plan le bien-être de la population.

Deux perspectives: marketing social et advocacy

Les images de la santé mises de l'avant par les agences gouvernementales utilisent principalement une perspective de marketing social (4) qui vise à influencer le comportement de la personne. Parfois, une perspective d'advocacy est employée et elle tend à influencer l'environnement socio-politique.

Le marketing social

Le marketing social repose sur quatre concepts, communément appelés **les 4 P** : le produit, le prix, la place et la promotion.

Le **produit** est ce que la personne va "acheter ou adopter" : c'est le comportement (boire modérément, boucler sa ceinture de sécurité) ou l'objet (le condom, la nourriture sans cholestérol, etc.). Le **prix** réfère au coût tant pécuniaire que psychologique, social ou économique exigé par l'achat ou l'adoption d'un produit. Par exemple, si le coût de la boisson gazeuse est inférieur à celui du lait, ceci favorise l'achat du premier produit; la crainte de se voir mal perçu(e) par son/sa partenaire dans la proposition du port du condom (coût psychologique) en affecte l'utilisation.

La **place** fait référence à l'accessibilité du produit ou à l'occasion d'essayer le produit. Les menus santé dans les restaurants ou la mise en place de la machine distribuant des condoms dans les bars tendent à faire actualiser l'adoption du produit dans la communauté. La **promotion** signifie une manière d'emballer le produit (comportement ou objet) pour qu'il soit accepté par le groupe cible. Le marketing social vise la clientèle cible selon les besoins qu'elle lui suppose. Le marketing social utilise la recherche formative (voir note de la rédaction en fin d'article) pour s'assurer que les messages soient arrimés au contexte culturel de l'auditoire cible et qu'ils tiennent compte des motivations personnelles. Malgré toute l'attention portée à la construction des images de la santé proposées par les médias, on ne peut que constater le peu de changements de comportements de la population en regard des modes de vie à risques. A titre d'exemple, les résultats de la campagne du MSSS réalisée en 1987 et intitulée "L'amour ça se protège" - qui visait la sensibilisation à l'ampleur du problème des MST et du sida et à l'utilité du condom pour diminuer les risques de les contracter - ont révélé une augmentation de la connaissance des MST chez les jeunes. Par contre, les comportements n'ont pas changé. Environ 85% des 15-29 ans ne s'identifiaient toujours pas aux groupes dits à risques. De plus, la croissance des ventes de condoms a ralenti à 5 % en 1989 alors qu'elle était de 30 % en 1985! (5) En général, les campagnes médiatiques utilisant la perspective de marketing social sont axées surtout sur le changement de mode de vie plutôt que sur l'environnement.

L'advocacy

Certains intervenants de la santé et groupes de consommateurs ont constaté que même les campagnes (6) qui ont un certain succès, soit une forte cote d'écoute ou soit un impact de changement dans les comportements, peuvent laisser jusqu'à 80 % des lecteurs ou des

télespectateurs non touchés par les objectifs éducatifs des campagnes: leurs comportements à risques sont maintenus.

De plus, depuis fort longtemps, l'importance des facteurs socio-politico-économiques est reconnue comme déterminant majeur de la santé. Ces constatations nous ont conduits à concevoir l'utilisation des médias dans une perspective d'advocacy, c'est-à-dire ne plus axer les messages de santé essentiellement sur les problèmes de santé en termes de facteurs de risque individuels mais en termes de facteurs de risque collectifs. Les problèmes de santé ont donc été replacés en fonction de ces facteurs : on ne tente plus de changer les comportements des individus; on tente plutôt de montrer une nouvelle facette du problème de santé publique et d'amener la population à analyser différemment ce problème. Par exemple, en Angleterre, un reportage télédiffusé a montré la quantité de gras contenu dans la fabrication d'un saucisson; ceci a eu pour conséquence, dans un premier temps, de faire chuter les ventes de l'aliment et, dans un deuxième temps, de forcer l'industrie à produire un saucisson moins riche en matières grasses. De même, le fait de parler dans les médias du boycott, par les mères, pendant trois ans, des produits pour bébés contenant du sel, a eu raison de la multinationale agro-alimentaire. Discuter des raisons de la non-application des lois sur le bruit industriel ou parler des pratiques des industries en rapport avec la maladie de leurs employés, au lieu de faire des messages sur le port des coquilles réduisant le bruit, c'est replacer notre interprétation de la réalité dans une perspective plus systémique.

On peut également démontrer comment les pratiques de publicité nous incitent à consommer de l'alcool, à manger des croustilles, à prendre des médicaments, etc. Favoriser ce type de messages, c'est resituer le changement individuel dans la globalité du problème, c'est-à-dire faire le lien entre les composantes économiques, sociales et

langage formalisé. La hiérarchie est fonction de la possession de ces biens.

Dans la deuxième étape, des "ambassadeurs" visitent à tour de rôle chaque culture en essayant d'établir un contact, des échanges, et en rapportant ensuite à leur groupe ses tentatives de communications avec les difficultés rencontrées.

Enfin, une synthèse et une analyse des observations, mais aussi des sentiments soulevés par cette expérience sont réalisées collectivement par l'ensemble des participants.

Bien qu'habitues à ce type de démarche et déjà sensibles aux différences interculturelles, les participants ont fait le constat suivant :

- nous décrivons une autre culture par ses différences avec celle que nous vivons;
- ces différences sont perçues habituellement comme négatives;
- la recherche de l'équivalence avec ses propres règles occulte la réalité;
- saisir d'autres règles demande du temps et de l'expérience.

Cette décentration par rapport au jeu par une analyse de ses propres comportements est l'enjeu réel du jeu Bafa Bafa. C'est donc plutôt un jeu de rôles qui nous a été proposé. A cet égard, l'expérience que nous avons vécue était intéressante.

Mais, les jeux de simulation ont pour but la découverte des relations dynamiques d'un système. Comme jeu de simulation, nous aurions plutôt des réserves. En effet, même en tenant compte de la nécessité de simplifier les mécanismes qui sous-tendent une réalité pour permettre le déroulement du jeu, les deux sociétés présentées sont caricaturales. Et si je vous dit que ce jeu a été créé par Mr Garry Shirts aux U.S.A. pour préparer les soldats américains au choc... culturel qui les attend s'ils devaient intervenir, par hasard, dans un autre pays, devinez quelle est la société des "bons sauvages", la A ou la B ?

Michel Demarteau, APES ■

Echanges Québec-Communauté française : le S.P.E.O.L. et Educa-Santé tentent l'expérience

Deux projets, subventionnés par la Communauté française de Belgique et résolument orientés vers la Promotion de la Santé, ont été présentés à Montréal:

- Le Réseau d'Actions-Sécurité (R.A.S.), coordonné par Educa-Santé.
- L'action-pilote "Je mange bien à l'école" organisée par le S.P.E.O.L. en Province de Liège.

Ces exposés ont fourni l'occasion de nouer des contacts avec des partenaires québécois qui développent des programmes similaires ou complémentaires. Soucieux de faire bénéficier un plus grand nombre d'acteurs en éducation pour la santé, du bénéfice des interactions avec ces projets, le S.P.E.O.L. et Educa-Santé tentent d'organiser des occasions d'échanges pour leurs partenaires de terrain. Ces efforts s'inscrivent dans la ligne des souhaits émis lors de la constitution du Réseau francophone en Promotion de la Santé: favoriser l'échange de méthodes et d'outils entre des personnes et des équipes directement impliquées dans des projets concrets de promotion de la santé.

Education nutritionnelle

Séjour de Lise Bertrand, D.S.C. Sacré-Coeur de Montréal, en Communauté française du 4 au 10 novembre 1991.

L'action "Je mange bien à l'école" du S.P.E.O.L. et le projet "Mon système digestif et celui de mon quartier" du D.S.C. Sacré-Coeur de Montréal se sont révélés complémentaires.

En effet, ils ont en commun un même but, dynamiser l'éducation en nutrition en suscitant de nouvel-

les initiatives qui dépassent l'approche éducative centrée essentiellement sur les connaissances; en particulier, utiliser les notions d'environnement nutritionnel et d'approche pluri-dimensionnelle des comportements alimentaires.

Sur base de ce but commun, chacune des expériences inscrit ses spécificités :

- L'expérience liégeoise apporte sa connaissance des processus d'intervention en milieu scolaire, des méthodes pour impliquer les partenaires de la communauté éducative dans l'action et amener chaque établissement à définir des projets "sur mesure".
- L'expérience québécoise apporte des suggestions pour inscrire l'éducation nutritionnelle en milieu scolaire dans la dynamique d'une "Ville en Santé" et pour intégrer dans l'action éducative les composantes économiques et les problèmes de protection de l'environnement liés à l'alimentation.

Face à cette complémentarité, le S.P.E.O.L. a décidé d'organiser la visite en Communauté française de Lise Bertrand, responsable de ce programme dans le Quartier Saint-Michel de Montréal. Les objectifs de ce séjour étaient :

- Fournir l'occasion aux personnes et aux associations déjà engagées dans des actions d'éducation nutritionnelle à l'école en lien avec le quartier ou la communauté environnante, d'approfondir et d'enrichir leur démarche grâce à un contact avec l'expérience québécoise. En particulier, les inciter à développer leur projet dans le sens de la "Promotion de la Santé" définie par la Charte d'Ottawa.
- Fournir l'occasion à la représentante du Québec d'entrer en con-

Le département de santé communautaire de la cité de la santé de Laval

Le but du projet "Fabreville, un environnement pour ton coeur" est de modifier les croyances, attitudes, intentions et comportements d'un groupe de 3000 hommes âgés de 30 à 60 ans d'un quartier de Laval par une approche principalement environnementale.

Une approche environnementale signifie des interventions sur :

- l'environnement social (normes sociales, croyances culturelles, influence des pairs, des médias et des leaders d'opinion, politiques de santé);

- l'environnement physique.

L'accessibilité à des aliments sains, à des aires sans fumée, à des facilités de mise en forme, à des répertoires de ressources communautaires.

La principale stratégie d'action passe par les principes du marketing :

- étudier la clientèle-cible pour décrire ses besoins, croyances, attitudes, comportements en matière de santé cardio-vasculaire;

- segmenter la cible en sous-groupe homogènes;

- adapter les messages, les canaux de communication à ces segments.

L'évaluation portera sur :

- Le **processus** par un système continu de recueil d'information sur les interventions et sur l'implication des organismes locaux (cote d'écoute, mini-sondage, taux de participation,...).

- L'**impact qualitatif** par des entretiens annuels d'une heure auprès de 25 informateurs-clés, au terme de l'action et cinq années après (en 2001 !) sur les modifications de l'environnement social et physique et le maintien des activités locales de promotion de la santé du coeur.

- L'**impact quantitatif** par des questionnaires auto-administrés de 20 minutes avant et après la mise en oeuvre du programme auprès de 2000 résidents masculins de 30 à 60 ans dans la zone expérimentale et dans une zone témoin sur les changements de croyances, attitudes, intentions et comportements (selon la théorie du comportement planifié de Fishbein).

Malgré le souci exemplaire d'une méthodologie d'intervention et d'évaluation rigoureuse et complexe (multi-factorielle et multi-sectorielle), le projet québécois de promotion de la santé du coeur nous laisse un peu perplexe.

Les moyens mis en oeuvre pour de petits groupes de population (par exemple à Fabreville pour toucher 3000 personnes) ne créent-ils pas dès le départ une situation artificielle, non reproductible?

La connaissance des mécanismes individuels et sociaux liés à la santé cardio-vasculaire va progresser certainement, mais en saurons-nous davantage sur nos moyens d'intervention en situation réelle?

L'absence quasi totale de moyens dont nous disposons par comparaison en Communauté française pour la promotion de la santé du coeur, va nous conduire par la force des choses à choisir d'autres stratégies plus diffuses, plus discrètes, mais aussi plus "naturelles" vis-à-vis du milieu d'intervention.

Le projet "cardio-santé" sur la région de Charleroi et de La Louvière mené par l'école de santé publique de l'Université Libre de Bruxelles et l'Observatoire de Santé de la province du Hainaut sera face à ce défi: quels sont les moyens minimums qui permettent d'être efficace sans créer de situation artificielle et en assurant un maintien durable des actions ?

Michel Demarteau, APES ■

Le jeu BAFA BAFA

Jeu de rôles pour comprendre les autres cultures

Imaginez-vous transporté dans un pays inconnu où tout vous paraît curieux, bizarre, voire choquant.

Vous voulez entrer en contact avec un groupe d'habitants qui paraît très animé, mais personne ne vous regarde, ne se préoccupe de votre présence. Si vous insistez, vous risquez même de provoquer une réaction violente.

Voilà ce que certains auront vécu à Montréal en participant à un atelier sur la perception des différences interculturelles réalisé à partir d'un jeu de rôle appelé Bafa Bafa (du nom d'un des codes linguistiques utilisés par une société fictive).

Ce jeu était proposé et animé par Lise Renaud, co-auteur d'un bon livre sur la simulation et les jeux de simulation (voir le numéro 63 d'Education Santé).

Le but du jeu est de simuler deux sociétés aux codes culturels bien différenciés.

Les participants partagés en deux groupes sont d'abord familiarisés avec les règles de leur nouvelle culture.

Dans la société A, les échanges sont conviviaux, empreints de joie de vivre. On y rit beaucoup. On accorde beaucoup d'importance à la parole. C'est l'âge qui est l'élément déterminant, celui qui régit les rapports entre les individus. On ne peut communiquer avec le groupe que si le "vieux" a marqué son approbation.

La société B est radicalement différente. C'est une société marchande. Tout est basé sur l'échange de biens (symbolisés par des cartes) selon un

individuelles. C'est transférer dans les mains des lecteurs et des téléspectateurs la capacité d'agir et de faire des choix qui leur confèrent le sentiment d'avoir du pouvoir sur leur vie et leur mieux-être.

Conclusion

Les médias nous proposent des images de la santé. Si chacun d'entre nous se demandait quelles sont les images qui lui viennent spontanément à l'esprit quand il pense à la santé, nous pourrions découvrir que nos idées proviennent la plupart du temps des messages de la télévision, de l'imprimé ou de la radio. Ce serait reconnaître un certain rôle aux médias dans l'élaboration de nos opinions... Or, la plupart de ces images sous-tendent un discours de responsabilité individuelle. Le discours plus collectif d'ordre socio-économique demeure marginal ou, du moins, au second plan.

Les médias ne présentent pas en quantité astronomique des images de la santé positive. La plupart des modèles de comportements véhiculés par les médias proposent un mode de vie "à risques". Les propos liés à la santé sont souvent présentés dans des termes curatifs plutôt que préventifs. On parle de maladie, de symptômes, etc. L'origine socio-politique de certains problèmes de santé est rarement abordée et les variables socio-économiques des maladies sont rapidement évacuées.

Nous croyons que les personnes doivent être confrontées à un ensemble d'images diverses pour qu'elles se construisent une image personnelle de la réalité. Actuellement, le discours tend à venir en majorité du corps médical traditionnel. Les producteurs de messages auraient avantage à diversifier leurs collaborateurs et à les puiser dans toutes les disciplines.

Les intervenants se sont habitués à utiliser les médias dans une perspective de "marketing social". Certains d'entre eux ont constaté les limites de cette perspective et ont utilisé les médias dans une perspective d'advocacy. Quelques tentatives ont été réalisées et se

sont avérées intéressantes. Il s'agit donc maintenant de manier les deux perspectives, l'une infléchissant les comportements, l'autre influençant le contexte dans lequel s'actualisent ces comportements.

La modification des comportements n'est pas essentiellement générée par des variables individuelles mais est également provoquée par des variables sociales. A ce titre, nous n'avons qu'à penser aux taxes imposées sur les cigarettes pour expliquer une baisse de consommation. Par ailleurs, certaines variables sociales et économiques peuvent constituer des obstacles structurels à l'acquisition de nouveaux modes de vies : par exemple, le coût d'une boisson gazeuse par rapport à celui du lait. L'intervenant sanitaire utilisant l'approche médiatique a un double défi à relever: celui de supporter la personne dans son désir de modifier son comportement sanitaire et celui de renseigner la population, les preneurs de décision et les gestionnaires sur les obstacles structurels à l'amélioration de certains comportements. Il s'agit de faire évoluer des images de la santé en présentant de nouvelles images qui soient des leviers collectifs de changement.

Les médias sont incapables d'engendrer des changements de comportements d'ordre socio-sanitaire, tant au niveau individuel que collectif, s'ils sont utilisés isolément et leurs messages ne permettent pas, seuls, de faire évoluer le discours socio-sanitaire. C'est la synergie des approches utilisées en santé publique qui fait cheminer la population vers une meilleure qualité de vie. Ce sont les lois sur les aires pures et les informations sur les effets néfastes de l'usage de la cigarette qui ont eu raison du tabagisme chez les hommes (mais non chez les jeunes filles!). C'est la loi sur la criminalité de la conduite en état d'ébriété, avec l'information qui la supportait, qui ont fait changer les attitudes collectives au sujet de l'alcool au volant. C'est donc la synergie des approches, dont l'une d'entre elles est l'utilisation des médias, qui semble faire évoluer les comportements.

Notes et bibliographie

Le présent article a été publié également dans la revue québécoise, POSSIBLES, vol. 15, n° 3, été 1991.

(1) : La Presse, jeudi 2 mars 1991, A4: "Benetton offrira un condom à chaque client ou cliente qui achètera un de ses vêtements" - Québec

(2) et (5) : VERRETTE F., "MTS et SIDA : faut-il changer le message?" in La Gazette des femmes, édité par le Conseil du statut de la femme, mars-avril 1991, vol. 12, numéro 6, pp 29-31 - Québec.

(3) : NAVARRO V., "L'industrialisation du fétichisme : une critique d'Ivan Illich", in BOZZONI, Renaud et al., éditeurs, Médecine et société les années 80, Editions Albert Saint-Martin, 1981, pp 445-481 - Québec.

(4) : Santé et bien-être social CANADA, Promotion de la santé, vol. 27, n° 1, été 1988. Numéro portant sur l'approche de marketing social.

(6) : Plusieurs recherches portant sur les médias et la santé ont été décrites dans la littérature, notamment, les projets de Karélia du Nord, de Stanford, Felling Good, etc.

Note de la rédaction: cette notion de recherche formative intègre le processus d'évaluation décrit par Lise Renaud et Robert Bastien dans l'article "L'évaluation: un savoir faire à développer et à intégrer" publié dans ce numéro d'Education Santé.

Lise Renaud, conseillère en promotion de la santé au Département de santé communautaire de l'Hôpital Général de Montréal ■

Au centre de ce numéro, une petite brochure à assembler vous-même : toutes les adresses "officielles" en Communauté française

Quelques rencontres méthodologiques montréalaises

La participation à un colloque international tient souvent du jeu de hasard. Soit vous savez exactement ce que vous voulez écouter ou qui vous voulez rencontrer, soit vous errez à l'aventure en vous fiant aux titres plus ou moins attractifs des exposés ou carrément à votre bonne étoile. D'autant plus que vous n'avez pas vraiment toujours le choix! Par exemple: vous vous laissez tenter par la réputation de quelqu'un et vous constatez qu'il n'est pas là. Il ne vous reste qu'à vous en aller, à subir les autres orateurs ou à faire des découvertes. Le colloque de Montréal fut exceptionnel à cet égard. Nous y avons fait beaucoup de rencontres intéressantes que nous vous rapportons brièvement. Les synthèses et commentaires qui suivent ont été réalisés à partir des notes prises au cours des exposés. La plupart des textes originaux sont disponibles. Adressez-vous pour cela à Pierre Anselme, au Centre de Coordination Communautaire.

Evaluation de pratiques et pratiques d'évaluation : des interactions nécessaires pour faciliter des réorientations de services de santé

Pierre Joubert, P.Racine
D.S.C. CH Université Laval, Québec

Les auteurs abordent d'emblée les besoins énormes des services de santé en matière de gestion continue, de programmation, de formation, d'interdisciplinarité pour optimiser les services rendus à la population.

L'évaluation des pratiques est un moyen puissant pour gérer le changement.

A partir de deux exemples, la fracture de la hanche et la coordination des soins à domicile, ils nous présentent leur démarche:

- partir d'une demande d'aide;
- reconnaître l'importance du problème posé;
- mettre en évidence le problème;
- formuler la norme idéale pour les intervenants;
- construire les instruments de mesure avec eux;
- mesurer les écarts entre la réalité et l'idéal;

- identifier les informations stratégiques, que faut-il dire et à qui?

Ce processus d'évaluation, parfois long, permet selon eux une réorientation durable des services de santé. Cet accompagnement méthodologique par l'évaluation demande du temps, de l'argent et des compétences.

COMMENTAIRE

Bien que s'exerçant dans le secteur curatif, ce travail a beaucoup de points communs avec celui que mène l'A.P.E.S. en éducation pour la santé: répondre aux demandes et utiliser l'évaluation comme un outil de formation et de gestion.

Des milieux de vie à connaître : un diagnostic populationnel multi-trait multi-méthode à l'échelle des petites communautés

Michel Auger, L.Fortin
D.S.C. Hôtel-Dieu de Lévis
M.F. Veilleux
D.S.C. CH régional de la Beauce
L.Larose
D.S.C. Hôtel-Dieu de Montmagny
Y. Lépine
C.L.S.C. de Bellechasse

La stratégie développée à l'échelon local par les auteurs est intéressante

pour stimuler et réassurer les professionnels de santé vis-à-vis des populations à risque.

Ils commencent par dresser avec ces professionnels une carte géographique de leur perception des risques pour la population qu'ils desservent selon plusieurs indices.

Ils contrôlent ensuite ces perceptions en utilisant différentes sources d'information et différentes méthodes afin d'assurer un diagnostic de la population.

Ils assurent enfin la confrontation entre les deux approches.

Le résultat de cette prise de conscience permettrait aux intervenants de contrôler leurs perceptions, d'identifier les priorités, d'entamer des actions spécifiques, de réorienter certains services, de justifier et de conforter certaines activités entamées sur des bases subjectives.

COMMENTAIRE

Une telle démarche, micro-épidémiologique, mériterait d'être expérimentée chez nous dans le cadre d'un centre local de coordination en éducation pour la santé en l'orientant vers la recherche d'indices pertinents pour la prévention et la promotion de la santé.

Programmes de prévention du sida : un projet-pilote d'intervention basée sur une approche de marketing social

Céline Tanguay
D.S.C. Cité de la santé à Laval
Vincent Sabourin
Université du Québec à Montréal

Appliquer les théories et les méthodes du marketing commercial à la promotion d'un produit de prévention (le préservatif), tel était le projet des auteurs.

De façon systématique, par des entretiens semi-structurés, des grilles d'observation, ils ont étudié le "marché" des "bars": profil de la clientèle, produit, distribution, prix, stratégies de promotion.

L'initiative fédérale-provinciale québécoise de promotion de la santé du coeur

La veille du colloque, nous avons eu la chance d'être invité par trois départements de santé communautaire qui nous ont présenté leur projet commun de promotion de la santé du coeur.

Ce programme d'une durée de cinq années se déroule sur trois sites québécois dans le cadre d'une initiative fédérale-provinciale. C'est-à-dire qu'il est financé par le Canada et la province du Québec après une sélection au départ d'un appel d'offre. Chaque site disposera d'un budget de 250.000 CAD (7.500.000 FB). L'évaluation jouera dans ce projet un rôle important puisque 40 % du budget y sera consacré.

Avant de vous présenter les activités de deux de ces départements de santé communautaire (le troisième n'était pas présent à la réunion), examinons le cadre général. Chaque site se caractérise par des publics et des méthodologies d'intervention contrastées.

Schéma général du programme

D.S.C. Cité de la santé de Laval

Approche environnementale : décideurs

Quartier de Fabreville

Semi-urbain

Habitants : 15.000

Milieux : école, travail, communautaire

D.S.C. : Rivière du Loup

Développement communautaire : leaders naturels

Secteur rural

Habitants : 25.000

Villages

D.S.C. : Hôpital Général de Montréal

Education pour la santé : familles et jeunes

Milieu urbain défavorisé

Quartier Saint-Henry

Habitants : 22.000

Quartier Saint-Louis du Parc

Habitants : 42.000

Le département de santé communautaire de l'hôpital général de Montréal (D.S.C.-H.G.M.)

Les deux quartiers visés par le programme mené par le D.S.C.-H.G.M. se caractérisent par un taux de mortalité cardio-vasculaire très important (deux à trois fois plus élevé que dans les quartiers favorisés).

Les indices de pauvreté sont élevés: multi-ethnisme, famille monoparentale, revenu, scolarité, chômage,...

Coeur en santé Saint-Henry

C'est une approche communautaire multi-factorielle qui inclut les cinq axes identifiés par la Charte d'Ottawa :

1. Le renforcement de l'action communautaire :

- Création d'un comité consultatif local pour définir les priorités, les interventions, les publics-cibles; pour faciliter l'accès aux

milieux; pour augmenter la visibilité et la crédibilité du projet; pour créer les structures nécessaires au maintien du projet.

- Utilisation de bénévoles pour implanter et gérer des interventions comme des enquêtes, des séances d'information.

- Mobilisation des médias locaux.

2. L'établissement de politiques publiques saines : respect de la législation en vigueur sur le tabac.

3. L'instauration de milieux favorables :

- action vers les commerçants, les restaurants pour une alimentation plus saine (offre et demande);

- action pour l'offre et la demande de loisirs actifs.

4. La réorientation des services de santé : formation, sensibilisation des professionnels de la santé à la promotion de la santé du coeur.

5. Le développement des compétences personnelles : développement d'actions d'information et d'éducation sur le tabac et l'alimentation vers la population en général et les milieux de travail selon le modèle : sensibilisation, connaissance, motivation, habiletés, mise en application, maintien.

Chaque intervention sera soumise à une évaluation formative, de processus et d'implantation. L'impact global du programme sera mesuré par une étude des facteurs de risque avant et après intervention avec groupe témoin.

Saint-Louis du Parc

Ce sont les jeunes de 18 ans et moins qui sont plus spécialement visés dans ce quartier. Les interventions sont aussi réalisées avec la participation de la communauté en s'inspirant des axes de la Charte d'Ottawa.

L'évaluation globale sera réalisée en suivant l'évolution de trois groupes d'élèves durant la durée du programme (cinq ans) dans huit écoles primaires du quartier et dans huit écoles d'un quartier témoin.

"CARDIO-SANTE" à Charleroi et dans la région du centre (La Louvière). Aux moyens de stratégies variées, CARDIO-SANTE souhaite intervenir à court terme sur les cas à haut risque et à moyen terme sur l'ensemble de la communauté locale.

PERSPECTIVES

Les échanges entre francophones sur des programmes d'interventions sont indispensables.

La situation en France

Christian Lahoute
Observatoire de santé Nord-Pas-de-Calais

CONTEXTE

La santé est maintenant un secteur largement décentralisé au niveau des 22 régions et 96 départements. Il est difficile d'en dresser un tableau exhaustif. Dans la région du Nord-Pas-de-Calais, la création d'une Maison Régionale de la Promotion de la Santé offre un cadre structuré.

RECHERCHE

Les recherches mettent en évidence des disparités régionales importantes selon un gradient nord-sud, le nord étant le moins favorisé: tabac, consommation de graisses animales,...

Les données fournies au niveau national cachent donc des disparités régionales.

Il n'y a pas ou peu de recherches sur les perceptions des individus, les facteurs psycho-sociaux; ni sur les résultats des programmes d'interventions.

INTERVENTIONS

Il y a des tentatives législatives comme sur le tabac, mais freinées par de multiples groupes de pression.

Il y a des campagnes nationales et des actions décentralisées sur les facteurs de risque seuls ou associés: tabac, activités physique, etc. Mais, il y a beaucoup de contre-actions commerciales comme sur le tabac (le calumet de la paix, la cigarette Chevignon) ou sur la promotion de

la viande. Il existe aussi beaucoup de bruit de fond (de l'infra-prévention: médecines naturelles, produits allégés, marché de la forme), qui peuvent interférer avec les actions de prévention.

PERSPECTIVES

Il faut un espace d'échanges sur les données rassemblées mais aussi sur les actions: les obstacles, les stratégies, les résultats non pas par pays, mais par région.

La situation en Suisse

Gianfranco Domenighetti
Service de la Santé Publique, Département des Affaires Sociales du Tessin.

CONTEXTE

La santé cardio-vasculaire bénéficie d'un soutien important du corps médical.

Chacun des 26 cantons dispose d'une large autonomie en matière de santé: prévention, gestion des hôpitaux,...

La Suisse n'adhère pas aux 38 buts de l'O.M.S./Europe comme pays, mais bien certains cantons (Vaud, Genève, Tessin,....).

INTERVENTIONS

De nombreux programmes ont été menés dès 1976. Celui du canton de Tessin qui a débuté en 1984, a été particulièrement important. En effet, ce canton avait la mortalité cardio-vasculaire la plus élevée de Suisse. L'intervention a utilisé tous les moyens de la communication sociale. Sur cinq années, on a estimé qu'il y a eu près de 1000 contacts préventifs pour chaque habitant du Tessin. La mortalité cardio-vasculaire a diminué significativement par rapport à d'autres cantons. De même, sur quinze comportements à risque retenus comme indicateurs, douze ont évolué favorablement et significativement.

PERSPECTIVES

Bien que non francophone, le Tessin italien fait partie d'une même culture latine et souhaite la créa-

tion d'un réseau d'échanges sur les expériences, les outils, les évaluations.

Que faire encore, que dire, comment le dire pour continuer à faire évoluer la prévention?

La situation en Tunisie

Hassen Ghannem
Service de Médecine Communautaire, Faculté de Médecine, Sousse

CONTEXTE

Les maladies cardio-vasculaires apparaissent dans les pays en voie de développement. Les changements dans les modes de vie liés à l'urbanisation (alimentation, sédentarité) sont réels.

Mais les services de santé ne sont pas préparés: pas d'objectifs, pas d'épidémiologie dans ce secteur.

RECHERCHE

Cette situation a poussé l'orateur à réaliser une enquête dans la région de Sousse auprès des adultes. Les résultats montrent un niveau de risque assez semblable et même parfois plus inquiétant que dans les pays occidentaux:

- tabac 66 % des hommes et 0,6% des femmes;
- obésité 12 % des hommes et 26% des femmes.

Cette situation coexiste avec les autres problèmes de santé.

INTERVENTION

L'étude a montré un niveau de connaissance sur les risques déjà élevé dans la population via les médias. Cependant il y a peu de programmes préventifs.

PERSPECTIVES

Il y a un souhait de profiter de l'expérience acquise dans ce secteur par l'Occident en tenant compte des différences culturelles.

En conclusion, un véritable réseau francophone de promotion de la santé du coeur semble donc bien se dessiner.

Michel Demartean, APES ■

Ils en ont tiré quelques conclusions sur les arguments à utiliser (sur les bénéfices escomptés et pas sur les risques du sida), sur la disponibilité du produit, sur la nécessité d'affiner encore l'étude du public pour identifier les "cibles".

COMMENTAIRE

Toutes les approches méthodologiques peuvent être utiles par les éclairages différents qu'elles apportent sur une même réalité. Ce projet est systématique, rigoureux, mais forcément réducteur et plus proche du marketing commercial que du marketing social par le choix initial d'un comportement et d'un objet très précis.

Diffusion des connaissances, action communautaire: alliance université-groupe communautaire

Francine Lavoie
C. Piché
M. Boivin
Université de Laval

Dans le cadre d'un fond budgétaire au Ministère de l'Éducation destiné à favoriser le transfert de compétences entre les universités et les groupes communautaires, les auteurs sont intervenus dans deux milieux sur le thème de la violence dans les relations amoureuses des jeunes adolescents.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un travail de prévention secondaire réalisé par une association d'entraide auprès des jeunes par l'écoute téléphonique. L'intervention consistait à organiser des formations pour les jeunes bénévoles qui répondent au téléphone sur les attitudes appropriées.

Dans le second, un travail de prévention primaire était mené auprès de jeunes dans une école au cours de deux sessions d'une heure sur le temps de midi. Les notions de contrôle du partenaire (plutôt que de violence) étaient abordées par des jeux de simulation.

L'analyse de cette expérience porte surtout sur les conditions et les difficultés de collaboration:

- Le conflit pour le chercheur entre la réalisation d'un produit de qualité (la formation, l'étude) et l'amorce d'un processus de réflexion (forcément long) avec les intervenants. Il n'y avait pas de réflexion en profondeur sur la violence.
- Le peu d'intérêt du terrain pour une analyse des résultats des actions.
- Le peu de concertation, de solidarité dans le réseau des intervenants communautaires. Il y a compétition pour l'accès aux moyens financiers. Il y a même des difficultés pour financer la participation à la réflexion sur le processus.
- L'absence de questionnement sur les conditions sociales liées à la violence et donc sur les moyens d'un changement social. L'intérêt est focalisé sur les relations individuelles.
- Le peu d'adhésion de la part des jeunes bénévoles aux objectifs d'entraide de l'association. La vision à court terme prédomine: s'occuper, acquérir une compétence personnelle, soutenir l'association.
- Le peu d'investissement de la part de l'association sur la formation des jeunes.

COMMENTAIRE

Cette expérience nous renvoie une fois de plus vers le travail méthodologique réalisé à l'A.P.E.S. Les mêmes questions sur la priorité à l'action ou à la réflexion, sur le transfert de compétence, sur les conditions matérielles de fonctionnement des associations se posent à nous. Dommage qu'il n'y ait que les universitaires pour exprimer leur point de vue sur ces tentatives de collaboration!

Les caractères du message de marketing de la santé

Jacques De Guise
Université de Laval

L'auteur critique le modèle publicitaire utilisé dans le marketing social de la santé.

Non, la publicité n'est pas toute puissante! Même les milieux économiques n'y croient pas. L'optique du marché est de produire ce qui peut se vendre et pas de vendre ce qui est produit. L'enjeu est de prévoir le marché.

De plus, la démarche en matière de promotion de la santé est différente. Nous devons "vendre" des idées, des programmes qui ne vont pas dans le sens du moindre effort. Il y a peu de renforcement direct à consommer de la santé pour éviter un mal lointain. Il y a un atavisme de l'optimisme. La publicité est peu efficace dans ce contexte.

Pour défendre sa thèse, Jacques De Guise distingue deux voies de persuasion: d'une part la voie périphérique, celle de l'apparence de validité, la voie de l'irrationnel, la voie qu'emprunte la publicité; d'autre part la voie centrale, celle de l'analyse critique, du rationnel qu'utilise la démarche pédagogique.

Il nous présente ensuite des études qui montreraient la supériorité de la voie centrale pour changer les attitudes de façon durable, assurer une meilleure résistance aux contre-arguments, augmenter les chances de passer d'une attitude à un comportement.

Non content de vouloir réhabiliter l'approche cognitive, l'orateur choisit ensuite de défendre l'utilisation de la peur dans les arguments à utiliser. La peur est la perception de la probabilité et de la gravité d'une menace. La peur n'est pas un argument, mais un facteur qui mobilise l'attention et permet aux arguments d'être efficaces.

COMMENTAIRE

Cet exposé, assez provocateur, nous montre au moins que nous devons nous méfier des modes et des idées toutes faites sur la communication sociale et le marketing social. La peur n'est pas toujours mauvaise conseillère. L'information, les connaissances ne sont pas à ranger dans les greniers de l'éducation pour la santé. Soyons pragmatiques et évitons l'utilisation rigide de modèles théoriques.

Michel Demartean, APES ■

Proposition d'indicateurs pour une société durable

Cette proposition, présentée par Pierre Gosselin, lors d'un séminaire d'avant-colloque "Mieux connaître pour agir en promotion de la santé" a retenu notre attention, car elle constitue une tentative concrète pour répondre au quatrième défi soulevé par Jean Rochon. C'est un outil pour diffuser auprès des décideurs politiques et du grand public le concept de santé comme facteur de développement économique et social. La présence des indicateurs d'équité et d'environnement dans le même système met également l'accent sur leurs liens privilégiés avec la santé (Chantal Vandoorne).

Un groupe de travail pan-canadien et multidisciplinaire a mené en 1990-91 un exercice visant à proposer un ensemble d'indicateurs de société durable pour le grand public. Il faut bien comprendre que le but fondamental de cet exercice est d'attirer l'attention des Canadiens sur le fait que la santé, l'environnement, l'économie et l'équité sont reliés entre eux. Les états totalitaires peuvent être durables sur le plan environnemental et économique, mais ne le sont probablement pas sur le plan sanitaire ou social. Une société durable doit assurer la santé de sa population et la distribution des avantages provenant de notre gestion de l'économie et de l'environnement doit être perçue comme étant équitable.

Il n'est pas facile de mesurer l'économie, l'environnement, la santé ou l'équité d'une façon qui soit facilement comprise et qui soit valide. Il est encore plus difficile d'établir des relations de causalité à partir d'un ensemble d'indicateurs. L'objectif est plutôt d'élaborer un ensemble de points de référence, dont chacun a une importance intrinsèque (il est important par exemple que l'espérance de vie augmente, que nous sachions ou non pourquoi), et qui, lorsqu'ils sont

examinés ensemble, nous incitent continuellement à nous poser d'importantes questions sur les rapports entre l'environnement et la santé, l'économie et l'environnement, l'équité et la santé, et ainsi de suite. Cette proposition ne traite donc pas des relations causales précises. Elle vise plutôt à amener le public et les dirigeants politiques à se demander si une relation devrait être examinée et si les interventions actuelles changent quelque chose.

Objectifs

Le but général de l'étude qui a été menée à cet effet est d'évaluer la possibilité de proposer un ensemble d'indicateurs très condensés, qui se fondent en particulier sur des données existantes, et qui pourraient être utilisés méthodiquement pour des présentations au grand public et aux décideurs à tous les niveaux de la société. Cet ensemble d'indicateurs, inspiré par des indicateurs économiques et par des indicateurs de santé similaires, vise ainsi à présenter de manière concise et orientée vers l'avenir, une information qui prend le pouls de notre société et qui donne une structure aux décisions que prennent tous les jours les individus et les organisations. Le Comité considère que ceci aidera à assurer une participation réelle et informée du public au développement durable, dans son sens le plus large.

Méthodologie

A partir d'une recension de la littérature des dix dernières années sur le sujet des indicateurs et à l'aide de consultations d'experts à travers le monde, une liste préliminaire d'indicateurs pouvant servir nos objectifs a été constituée. Trois cent

quarante indicateurs ont été retenus lors de cette phase préliminaire. Une première sélection fut effectuée en fonction des objectifs sur base de l'existence, prima facie, d'un niveau synthétique élevé et d'une valeur symbolique et médiatique importante pour le grand public.

Un ensemble de 39 indicateurs potentiels a résulté de cette sélection. Cette liste réduite a fait l'objet d'une documentation exhaustive et d'une évaluation en fonction des critères suivants :

- **Fondement scientifique** : défini comme le niveau de fiabilité de la mesure et sa réponse aux changements dans les initiatives reliées aux politiques et aux programmes et dans les initiatives individuelles, d'après le groupe de travail, en tenant compte des études disponibles.
- **Fréquence** : est définie comme la fréquence de collecte des données.
- **Historicité** : se définit comme la durée des séries chronologiques disponibles.
- **Géographie** : se définit comme les niveaux possibles de désagrégation spatiale. Quatre niveaux ont été considérés : régional (par exemple, province ou biotope), national, pays de l'O.C.D.E., et international (tous ou presque tous les pays).
- **Faisabilité administrative** : se définit comme le niveau d'accès et les coûts possibles reliés à la collecte des données, étant donné les systèmes existants, d'après le groupe de travail.
- **Valeur symbolique (média)** : se définit comme le niveau d'importance culturelle et la facilité de compréhension de l'indicateur pour le grand public, d'après le groupe de travail.
- **Valeur de synthèse** : se définit comme le degré d'incorporation

ciaux, aux handicapés mentaux et physiques, aux alcooliques et toxicomanes. Ils les accueillent pour une période limitée et vise à leur réinsertion sociale. La participation financière est fonction des revenus de l'utilisateur.

Les organismes communautaires

Le Ministère finance certains groupes communautaires bénévoles qui travaillent au mieux-être des citoyens et des communautés, tels que :

- les organismes bénévoles de maintien à domicile;
- les organismes de promotion et de services à la communauté;
- les centres de dépannage pour femmes en difficulté;
- les maisons et centres de jeunes actifs dans le secteur de la prévention de la délinquance juvénile et dans le domaine de la réadaptation.

Les autres intervenants sont :

- les *cabinets des professionnels* de la santé (médecins, dentistes et autres professionnels travaillant individuellement ou en groupe);
- les *organismes gouvernementaux* complémentaires au réseau des affaires sociales: l'office des services de garde à l'enfance, l'office des personnes handicapées, la commission de la santé et de la sécurité du travail, la régie de l'assurance automobile du Québec.

Tout ce vaste réseau, dont la liste n'est pas exhaustive (médiat, universitaires,...), contribue à une approche globale et communautaire de la santé. La politique socio-sanitaire du Québec a notamment pour objectif une réduction des inégalités sociales ou régionales.

Myriam De Jaeger-Herickx, O.N.E.
- Service Education à la Santé

Bibliographie

Ministère des Affaires Sociales du Québec, Direction des Communications, Le système de santé et des services sociaux au Québec, 2ème trimestre 1985, p. 71. ■

Promouvoir la santé du coeur en francophonie

La première initiative pour un Réseau International Francophone d'Education pour la Santé est partie de l'Observatoire de santé du Hainaut sur le thème de la communication dans la prévention des maladies du coeur en 1988. Trois ans plus tard, l'idée du réseau a fait son chemin, mais la préoccupation d'une meilleure santé cardio-vasculaire est toujours présente. Un atelier de travail spécifique lui était réservé où l'accent fut à nouveau mis sur les échanges, mais dans le contexte plus large de la promotion de la santé, référence québécoise oblige.

En voici une synthèse personnelle.

La situation internationale

Sylvie Stachenko
Direction des services de la santé, Canada

De nombreux programmes internationaux existent. Madame Stachenko les présente rapidement en situant la contribution des pays francophones.

La recherche épidémiologique est le secteur le plus développé :

- Registre des infarctus du myocarde dès 1971 (19 pays).
- Etude MONICA à partir de 1984 avec de nombreux centres francophones dont Charleroi (27 pays).
- Etude ERICA.

Parallèlement, les échanges, la circulation de l'information s'organisent, mais surtout sur la recherche en épidémiologie et essentiellement en langue anglaise. Certains programmes de prévention proposent des visites comme le projet finlandais en Karélie du nord.

Les programmes de prévention des maladies cardio-vasculaires sont surtout nationaux. Deux program-

mes internationaux sont soutenus par l'Organisation Mondiale de la Santé : Villes en santé au sein duquel existe un réseau francophone et le programme CINDI (Country wide INtegrated noncommunicable DIsease) où seul le Canada apporte une présence francophone. Ces deux programmes ont une portée plus large que la prévention des maladies du coeur : lutte simultanée contre différents facteurs de risque et interventions multiples (éducative, communautaire, politique,...).

La situation en Belgique francophone

Yvon Dieu
Observatoire de santé du Hainaut

PRIORITÉS

Bien que la mortalité cardio vasculaire soit la première cause de décès, elle ne fait pas l'objet d'une priorité particulière. La démarche de prévention choisie est plus globale. Un groupe de travail spécifique au sein du Conseil consultatif de la prévention en matière de santé de la Communauté française de Belgique va cependant bientôt déposer ses conclusions.

RECHERCHES

En 1972, une recherche sur la prévention cardio-vasculaire en entreprise menée par l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles (Pr. KORNITZER) montre l'efficacité de ce type d'intervention surtout vers les cas à haut risque.

Depuis 1984, l'étude MONICA se déroule à Gent et à Charleroi. Elle met en évidence la différence de risque entre les deux régions (30 % plus élevé à Charleroi).

L'étude BIRNH sur l'alimentation montre les mêmes disparités.

Cela a conduit l'Observatoire de Santé du Hainaut à mener des enquêtes approfondies sur les facteurs de risque.

INTERVENTIONS

Suite à ces constats, l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles et la Province du Hainaut élaborent un programme de promotion de la santé du coeur

La Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ).

Constituée en 1969, elle gère plusieurs programmes qui tiennent compte des accords intervenus entre le Ministre et les organismes représentant les professionnels de la santé qui participent au régime. Tout Québécois peut bénéficier des services assurés par ce régime et ce, même à l'extérieur de la province. Les différents professionnels intervenant dans le cadre du régime assurance-maladie sont rétribués par la RAMQ.

Le réseau des affaires sociales

Afin de garantir à tous l'accessibilité et la qualité des soins et des services, l'organisation des établissements, le réseau des affaires sociales se fonde sur la régionalisation et la complémentarité.

Les Conseils Régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS).

Ils sont les acteurs essentiels dans l'adéquation et l'intégration des services sociaux et de santé. Ils ont pour missions:

- d'assurer la prise en compte des intérêts et des besoins de la population;
- de susciter progressivement la prise en charge, par la région, de l'organisation et de l'utilisation des ressources et des services socio-sanitaires;
- de récolter les plaintes des usagers.

Les treize régions socio-sanitaires du Québec ont leurs propres conseils.

Les Centres Hospitaliers (CH).

Les institutions sont en contact avec la population à des fins de prévention, de diagnostic, de traitement et de réadaptation physique ou mentale. On distingue:

- les centres hospitaliers de courtes durées (CHSCD),
- les centres hospitaliers de soins de longue durée (pour une période moyenne supérieure à 90 jours).

Quelques centres hospitaliers, généralement de petite taille, sont conventionnés par l'Etat.

Les soins et services dispensés dans les centres hospitaliers sont gratuits. Certains frais peuvent cependant être réclamés lors de l'usage d'une chambre privée ou semi-privée ou dans le cas de frais d'hébergement lors de séjour de longue durée.

Les départements de santé communautaires (DSC): des centres de planification sous-régionale.

Une trentaine de centres hospitaliers, désignés par le Ministre et réparties à travers le Québec, sont pourvus d'un département de santé communautaire. Ils sont orientés vers la communauté et ont pour objectif d'améliorer la santé des personnes vivant dans le secteur qu'ils desservent.

Une équipe multidisciplinaire assure des fonctions diverses:

- déterminer l'état de santé physique et mentale de la population et ses besoins;
- élaborer avec les partenaires locaux des programmes pour la prévention et l'amélioration de la santé, les coordonner et les évaluer;
- s'assurer de l'accessibilité des services de santé préventifs et curatifs.

Les DSC aident les établissements de son territoire à déterminer les priorités et les objectifs de leur programme en leur laissant la responsabilité de l'organisation des services et le choix des moyens.

Les centres locaux des services communautaires (CLSC)

Ce sont des établissements locaux qui octroient à la communauté des services de santé et des services locaux, tant préventifs que curatifs, ainsi que des services de soutien à l'organisation de la communauté. Ils sont gratuits. Divers services et programmes sont présents, en milieu scolaire, dans les CLSC:

- les services sociaux notamment en milieu scolaire;
- les services d'action communautaire;

- les services de consultation conjugale;
- les services de santé courants;
- les services de soins et d'aides à domicile;
- la santé maternelle et infantile;
- la santé scolaire;
- la nutrition;
- la planification des naissances;
- la santé au travail;
- la santé dentaire.

Les centres des services sociaux

Ils offrent gratuitement leurs services aux personnes nécessitant des aides, services et soutien d'adaptation ou de protection.

En l'absence de CLSC, ils fournissent aussi des services qui y sont habituellement dispensés.

Ils ont quatre missions principales:

- la protection de la jeunesse;
- la protection des adultes et des personnes âgées;
- les services sociaux institutionnels;
- le recrutement, l'évaluation, l'acceptation et le suivi du réseau des ressources légères, les familles d'accueil (une participation financière peut être demandée).

Les centres d'accueil (CA)

Ce sont des établissements de services internes, externes ou à domicile qui logent, entretiennent, observent, traitent ou favorisent la réintégration sociale des personnes en perte d'autonomie.

Ils sont de trois types:

- les centres d'accueil d'hébergement, destinés à des personnes qui, pour des raisons d'ordre physique, doivent séjourner en résidence protégée;
- les pavillons, liés aux centres d'hébergement, offrent des services à des adultes ayant une perte d'autonomie peu importante. Outre le gîte et le couvert, ils octroient des services de surveillance, d'assistance et de protection sociale;
- les centres d'accueil de réadaptation s'adressent plus spécifiquement aux jeunes mésadaptés so-

des quatre éléments-clés (environnement, économie, santé et équité) dans l'indicateur lui-même et dans les enjeux socio-politiques que comporte l'indicateur, d'après le groupe de travail.

Une dernière sélection visant à réduire au maximum l'ensemble final d'indicateurs a ensuite été menée. Les critères utilisés pour effectuer cette dernière sélection ont été les suivants :

- résultat obtenu à l'évaluation précédente;
- cohérence interne (évite les double emplois et respecte les quatre domaines et les principales préoccupations);
- cohérence externe (avec les choix d'Environnement Canada et de l'O.C.D.E. en particulier);
- réduction maximale du nombre d'indicateurs.

Résultats

Une liste de 20 indicateurs, groupés par domaine d'intérêt a été retenue au terme de cet exercice. (voir ci-contre)

Une présentation graphique en couleurs destinée au grand public a été développée pour présenter adéquatement ces indicateurs, tout en stimulant l'intérêt du lecteur pour des sujets généralement considérés comme arides. Dans sa forme finale, l'ensemble d'indicateurs devrait inclure trois publications, qui seraient publiées tous les quatre mois. Les publications seraient les suivantes :

- une première qui présente le rendement du Canada au cours des 30 dernières années environ pour chacun des 20 indicateurs;
- une deuxième qui utilise les vingt indicateurs (ou des versions légèrement ajustées de ceux-ci) pour montrer les différences régionales à travers tout le Canada;
- une troisième qui permet de comparer le Canada et d'autres pays,

Environnement

Consommation d'énergie per capita
Production de déchets dangereux
Emissions de gaz conduisant à la détérioration de la couche d'ozone
Emissions de gaz contribuant à l'effet de serre
Emissions des principaux polluants atmosphériques
Emissions des principaux polluants de l'eau
Forêt : rapport entre le reboisement et la coupe
Proportion de territoires protégés
Total de la récolte du poisson marchand et des invertébrés marins

Economie

Dépenses militaires en fonction des autres dépenses gouvernementales
PNB per capita (ajusté selon le pouvoir d'achat)
Rapport entre le nombre d'emplois et la population âgée de 15 ans et plus

Equité

Aide et dettes publiques des pays en développement
Distribution du revenu personnel et du seuil de pauvreté
Taux de récupération des matériaux
Scolarité et analphabétisme.
Utilisation du transport en commun par rapport à l'utilisation de l'automobile

Santé

Calories per capita, et rapport entre les aliments d'origine végétale et ceux d'origine animale
Espérance de vie à la naissance.
Obésité et proportion de cas de malnutrition

probablement groupés par catégories telles que l'O.C.D.E. et les pays en développement.

La mise en oeuvre de cette proposition est actuellement à l'étude auprès de divers ministères fédéraux canadiens et d'instituts de recherche universitaires.

Pierre Gosselin, Diane BELANGER, Jean-François BIBEULT et Alain WEBSTER, avec la collaboration de Gaétan LAROCHE, Jean-Pierre REVERET, Lorne COUGHLIN, Michel O'NEILL, Pierre-Marc JOHNSON et le Comité directeur sur les indicateurs pour une société durable.

Adresse de correspondance : Pierre Gosselin, D.S.C. Hôpital de l'Enfant-Jésus, 530, Boulevard de l'Atrium, Charlesbourg, Québec, Canada, G1H 7H1, Tél.: 1-418-623-1010, Cop. : 1-418-613-7513.

Bibliographie : Gosselin P. et al., Etude de faisabilité sur le développement d'indicateurs pour une société durable. Ottawa, Santé et Bien-être Canada, 132p. ■

N'oubliez pas,
le 28 mars prochain,
la 3^{ème} journée

"Education pour la Santé :
pratiques et recherches"

organisée par le RESO-UCL
Voyez l'annonce en page 40.

Le transfert des approches et des produits en coopération internationale

Le transfert des approches et produits: exporter ou communiquer?

Pour moi, la question "Au-delà des cultures, peut-on communiquer la santé?" réfère directement à la question du processus de transfert d'approches ou de produits, dans un contexte de coopération internationale.

Pourquoi, jusqu'à quel point et comment tenir compte des caractéristiques culturelles, lorsqu'on veut réussir une action de coopération en santé, sachant que ceci implique un transfert d'approches ou de produits? Il y a probablement plusieurs réponses possibles et il n'existe sûrement pas de recette applicable à tous les contextes.

Je crois que la plupart d'entre nous serons tout d'abord d'accord pour reconnaître que les caractéristiques culturelles ne sont pas un frein au transfert d'approches ou de produits, mais qu'elles doivent cependant être prises en compte. D'ailleurs l'histoire des 40 dernières années en coopération internationale est truffée d'échecs cuisants de projets n'en ayant pas tenu compte.

Malgré cela on entend toutefois dire que nous n'avons pas à en tenir compte, et qu'au contraire, il faut demeurer neutre et objectif. Cette position maintient qu'en matière de santé, un comportement d'hygiène, un vaccin, un condom, un cours en santé, une méthodologie d'enquête, sont les mêmes à Montréal et à Tombouctou. Les détails ou les exemples peuvent varier, sans plus. A mon avis, il s'agit là d'une

erreur importante. Nous aurions plutôt avantage à objectiver les différentes subjectivités en présence.

D'une part, il ne faut pas oublier que ces produits ou ces approches sont aussi des productions sociales, issues en général d'un monde occidental industrialisé et qu'ils sont porteurs de valeurs de ce monde. Un cours de médecine reflète une certaine conception du travail qu'aura à faire le médecin et des conditions dans lesquelles il aura à le faire. Un condom suppose qu'on accepte de limiter les naissances et qu'on accepte de s'en servir. Un vaccin amène avec lui une conception scientifique qui n'est pas nécessairement comprise et partagée par chacun. La stratégie de communication que nous préparons est inséparable de notre bagage intellectuel et de nos valeurs, etc.

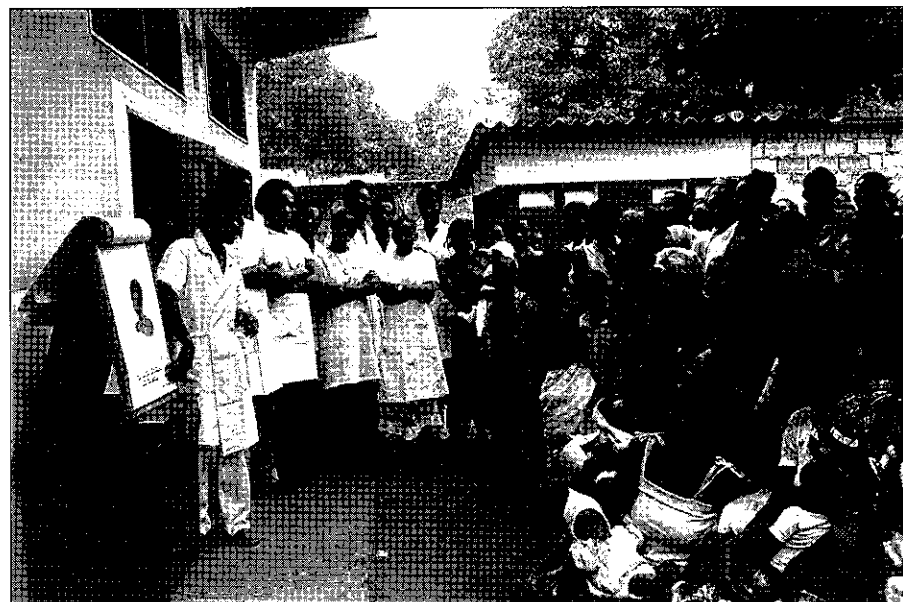


photo Marc Deville - Photo News

En fait, lorsqu'on cherche à transférer nos produits et nos approches, on transfère également des éléments de notre propre contexte culturel, qui ne correspondent pas nécessairement avec la culture du contexte d'accueil.

Souvent, lorsque le transfert ne réussit pas, ou encore lorsqu'il ne donne pas les résultats escomptés, c'est qu'on n'a pas tenu compte de ces éléments. On a voulu exporter sans chercher à communiquer.

Un vaccin ou un médicament ont beau être ce qu'ils sont, ils doivent également être administrés et cela ne se fait pas partout de la même façon. Ils doivent également l'être aux bonnes personnes et au bon moment. De même, une méthode de planification familiale doit être utilisée de la bonne façon par les bonnes personnes. L'approche de communication ou la stratégie de formation doivent avant tout fonctionner à l'extérieur des bureaux où elles ont été conçues.

Or, qu'est-ce qui définit les conditions d'implantation de l'approche ou du produit objet d'un transfert? Dans une très grande proportion et pris dans son sens le plus large, c'est le contexte culturel.

dans le cadre de V.V.S., des activités qui intéressent de larges segments de la population.

Condition 15 : il importe de se rappeler que la participation active de la population est surtout le fait de citoyens appartenant à des groupes d'intéressés alors que la participation passive et circonstancielle est celle du grand public.

La participation active est l'implication, au niveau de comités, des décideurs ou de représentants d'organismes communautaires partenaires du projet; elle est également le fait de bénévoles engagés activement dans certaines actions. La participation passive est celle qui concerne un grand nombre de citoyens lors d'événement ponctuels... en général, la mobilisation y est de courte durée. Il faut démythifier la "participation de la population" chez les intervenants et éviter d'avoir des attentes irréalistes à ce propos. Il y a un risque de se décourager face au "peu" de résultats atteints alors qu'on est face à un phénomène normal.

Conclusion

Les quinze points que nous venons de citer sont extraits du document de référence mentionné ci-dessous. Même si nous avons voulu rester le plus fidèle possible à la pensée de ses auteurs, il n'en reste pas moins que le travail de synthèse qui a été réalisé réduit la richesse de texte initial, que ce soit en termes de détails, de nuances ou d'exemples. Le lecteur du présent article qui souhaiterait approfondir cette réflexion aura donc intérêt à prendre connaissance du rapport de recherche. Non seulement pour les raisons évidentes que nous avons signalées, mais encore parce qu'il pourra y trouver un outil pratique d'évaluation très détaillé.

Il s'agit, d'une part, d'un schéma commenté, reprenant sur un mode systémique les différents éléments et moments qui s'articulent dans la mise en oeuvre d'un projet V.V.S. et, d'autre part, d'une liste extrêmement complète d'éléments indicatifs à considérer pour analyser un projet dès sa naissance, avec toute

la rigueur dont font preuve nos amis québécois en cette matière.

Pierre Anselme, Centre de Coordination Communautaire ■

(1) "Les conditions de réussite du mouvement québécois de Villes et Villages en Santé" J-P Fortin, M. O'Neill, G. Groleau, V. Lemieux, L. Cardinal, P. Racine, Centre de recherche du C.H.U.L., Université Laval, Québec, 1991. Ce rapport est disponible au Centre de promotion et d'information du Réseau Québécois de Villes et Villages en Santé, D.S.C., Hôpital du Saint-Sacrement, 1050 Chemin Ste-Foy, Québec, Qc, G1S 4L8, Canada,

(2) Voir l'article de Myriam De Jaeger-Herickx: " Le système socio-sanitaire du Québec ou une approche du concept de santé globale et communautaire".

Le système socio-sanitaire du Québec

Une approche du concept de santé globale et communautaire

Les bases du système

Le fondement du système socio-sanitaire québécois est régi par la loi sur les services de santé et les services sociaux de décembre 1971 et dont la responsabilité est confiée au Ministère des Affaires Sociales.

Le rôle du Ministère des Affaires Sociales

Il est responsable de l'élaboration et de l'application des politiques socio-sanitaires du Québec:

- il élabore les objectifs, les orientations et les priorités socio-sani-

taires en mettant en oeuvre les moyens nécessaires à leur réalisation;

- il est un organe essentiel d'évaluation et de vérification;
- il participe à la coordination interministérielle et intergouvernementale.

Ses objectifs sont:

- améliorer l'état de santé de la population, l'état du milieu social;
- rendre accessible à toute personne, d'une façon continue et pendant toute sa vie, la totalité des services de santé et des services sociaux;
- susciter la participation de la population à l'instauration, l'administration et le développement des établissements socio-sanitaires;
- mieux adapter les services de santé et les services sociaux aux besoins de la population en fonction des particularités régionales;
- promouvoir le recours aux méthodes modernes d'organisation et de gestion;
- favoriser la recherche et l'enseignement.

De plus, sept organismes conseil- lent ou administrent certains programmes pour le Ministre des Affaires Sociales.

Le Conseil des Affaires Sociales et de la Famille.

C'est un organisme d'étude et de consultation dont le rôle est de conseiller le Ministre dans l'identification des priorités dans le domaine des affaires sociales et de la famille et d'être le relais de divers groupes de témoins.

Le Conseil Consultatif de Pharmacologie.

Le Fonds de la Recherche en Santé du Québec.

La Corporation d'hébergement du Québec.

Le Comité de la santé mentale du Québec.

Le Conseil québécois de la recherche sociale.

palité. Dans les villages ou les petites municipalités, la présence de fonctionnaires est moins cruciale, voire la responsabilité peut être directement assumée par le Maire ou un élu.

Condition 9 : au moment de la définition du projet et du choix des priorités d'actions, il peut être utile de consulter la population soit par forum, soit par d'autres mécanismes qui manifestent, au moins symboliquement, la participation de la population.

Deux modèles généraux de participation de la population ont été identifiés :

- Une consultation détaillée de différents sous-groupes de la population, suivie d'un choix de priorités d'actions à travers divers mécanismes (dont le "forum populaire") et de la transmission de ces choix au Conseil municipal pour autorisation.

- Un nombre de professionnels des secteurs municipal et de la santé, avec les décideurs d'autres organismes intégrés au comité promoteur, établissent eux-mêmes des choix de priorités d'actions et les transmettent pour autorisation au Conseil municipal.

De façon intermédiaire, la consultation populaire se limite parfois à une analyse du milieu à travers la rencontre de représentants de certains organismes communautaires. Il ne semble pas absolument nécessaire au stade de la formulation d'impliquer la population générale. C'est à long terme que le support de la population pourra s'avérer nécessaire pour maintenir le projet à travers d'éventuelles fluctuations politiques et lui permettre de prendre toute son ampleur. Plus la municipalité est grosse et complexe, plus la tentation d'aller vers les organismes davantage que vers la population générale semble présente. Il faut constater aussi qu'en dehors des périodes électorales, la participation politique de la population générale ne se fait que par l'intermédiaire de groupes d'intéressés et qu'il est utopique de vouloir susciter la participation à tout prix... le principe de réalité est que

"ce sont toujours les mêmes qui participent" et que la population générale se mobilise sur de très courtes périodes de temps et pour des projets très précis.

Condition 10 : lors de la formulation des activités, l'utilisation des outils suggérés par le Centre de promotion et d'information V.V.S. se fait de façon critique et adaptée à la situation locale.

Il est important pour une municipalité de faire une analyse serrée de ses besoins et de décider si les outils proposés par le Centre V.V.S. (un questionnaire visant à recueillir la vision des jeunes par rapport à leur milieu de vie et une approche basée sur la tenue d'ateliers de vision stratégique) sont adoptables - une expertise sophistiquée n'est pas à la portée de tous les villages, ni même de toutes les villes. Dans certains cas, les besoins de la population sont identifiés suite à un consensus sur des dossiers jugés prioritaires par des professionnels de différents secteurs.

Condition 11 : développer des relations avec les coordonnateurs d'autres projets locaux V.V.S.

Une fois l'enthousiasme des premières heures passé, les personnes porteuses du dossier, dans leur municipalité, sont souvent isolées lorsqu'il s'agit de le mettre en oeuvre. Leur support technique et affectif est davantage constitué du Centre V.V.S. et des autres coordonnateurs de projets V.V.S. que de gens de leur propre milieu. Mais chaque municipalité doit éviter d'adopter de manière non critique le mode de fonctionnement d'autres milieux... Tout comme dans la condition 10, les modèles existants doivent être considérés de façon critique et adaptée à la situation locale.

Le réalisation des activités

Condition 12 : pour assurer la mise en oeuvre des activités, il faut une structure permanente minimale, c'est-à-dire principalement un coordonnateur ainsi que des ressources financières, humaines et matérielles.

Un coordonnateur (plein-temps ou temps partiel) est une nécessité quasi-absolue pour constituer le lien entre le comité promoteur et la population, porter le dossier, représenter le projet auprès de la structure municipale ou de toute autre instance, maintenir la motivation des comités ou sous-comités responsables de mettre en oeuvre des activités et voir à ce que démarrent vraiment des choses concrètes. En ce qui concerne les ressources matérielles et financières, il n'y a pas de corrélation observée entre la taille de la municipalité et celle de l'investissement. La municipalité assume le budget de départ, mais un partenariat financier s'établit généralement après un certain temps entre la ville et certains organismes du secteur santé. Il faut habituellement que le projet ait un certain âge pour qu'il se voie doter d'un budget propre. Ainsi, le coordonnateur assurera un processus rendant disponibles d'autres types de ressources via des subventions gouvernementales, des collaborations avec le secteur privé, communautaire ou institutionnel de la municipalité etc.

Condition 13 : pour maintenir la motivation des participants et augmenter les chances de succès des projets locaux, il faut que des activités réalisables à court terme et peu coûteuses débutent tôt après l'adhésion de la municipalité à V.V.S.

Condition 14 : la participation de groupes d'intéressés à des dossiers environnementaux ou sociaux, formulés en terme de qualité de vie représente une condition de succès des activités V.V.S.

Un seul commentaire pour ces deux conditions. L'expérience montre qu'il importe de débiter de petits projets rapidement, dès que les premières approches auprès de la population ont été faites dans le but d'identifier leurs besoins, superposant pour quelque temps les phases de formulation des activités et de mise en oeuvre. On maintient et on augmente de la sorte la motivation et la sensibilisation des citoyens aux questions de l'environnement. Ceci permet à des groupes souvent déjà actifs d'organiser,

Le contexte culturel définit les conditions d'implantation

Le contexte culturel vient d'abord définir les conditions d'implantation d'une approche ou d'un produit, objet d'un processus de transfert, au moyen des représentations que les gens s'en font. Il le fait également avec la manière de définir le besoin auquel on veut répondre. Enfin, il vient aussi influencer le processus de transfert par les modèles de coopération à l'intérieur desquels il se déroule.

Les représentations

Les représentations qui sont associées aux approches et aux produits qui seront transférés à l'intérieur d'une action de coopération internationale déterminent dans une large mesure leur degré d'insertion dans le nouveau contexte culturel et leur degré d'efficacité.

On pourrait citer ici de nombreux exemples:

- Des stratégies de lutte contre le sida faisant appel à la promotion des préservatifs dans des sociétés dans lesquelles il existe des tabous et sur le sexe et sur la mort.
- Des campagnes de communication s'appuyant sur des affiches et des imprimés dans des milieux culturels dans lesquels la communication se fonde sur la tradition orale.
- L'interdiction faite aux femmes enceintes dans certaines sociétés, de manger des oeufs et d'avoir ainsi accès à la seule source de protéines concentrées dont elles disposent, à cause de cette représentation assimilant l'oeuf à la femme enceinte.
- L'administration de purgatifs à des enfants malades de diarrhée parce qu'elle est vue comme quelque chose de mauvais qui sort du corps.
- Des enfants atteints de kwashiorkor dans une région d'élevage,

parce que l'enfant en croissance ne peut manger quelque chose de mort.

On pourrait continuer longtemps une telle liste. En fait, le produit ou l'approche est indissociable des représentations qu'on s'en fait.

La définition des besoins

La connaissance ou l'ignorance du contexte culturel influe également sur la manière d'identifier ou de définir le besoin auquel on veut répondre au moyen de transfert d'une approche et d'un produit. Là aussi les exemples ne manquent pas :

- Des formations dispensées aux hommes dans des sociétés où l'agriculture, la santé et l'éducation relèvent des femmes.
- Une série d'émissions de radio éducative portant sur la santé primaire, fort bien faites par ailleurs mais qui n'étaient pas écoutées: on n'avait pas tenu compte de la très mauvaise qualité et du prix élevé des piles disponibles, avec le résultat que les gens n'écoutaient pas les émissions, préférant sauvegarder les piles pour les matches de football.
- La construction d'un dispensaire dans un village après une épidémie de choléra, vue comme solution au problème, sans tenir compte du fait que l'eau de la rivière servait autant pour les besoins naturels des hommes et des bêtes que pour la consommation et la cuisine.
- Des latrines utilisées pour des fins d'entreposage parce que le bâtiment les abritant était trop beau pour servir aux fins auxquelles il était destiné.

Les modèles de coopération

Le contexte culturel influence aussi le processus de transfert par les modèles de coopération à l'intérieur desquels il se déroule. Ceux-ci reflètent également des valeurs, des éléments de culture et des idéologies. Que dirions-nous par exemple si des experts venus de Chine ou

d'Arabie réalisaient des campagnes de communication dans nos écoles pour contrer la désertion scolaire chez nos jeunes du secondaire, ou distribuaient gratuitement des produits alimentaires dans les quartiers défavorisés ou auprès des itinérants?

Traditionnellement, la coopération s'est faite jusqu'ici à l'intérieur d'un axe Nord-Sud, les experts du monde occidental venant enseigner aux autres sociétés et y diffuser approches et produits devant permettre le développement. On a suffisamment décrit la relation de dépendance et de domination culturelle pouvant en résulter. On a aussi dénoncé les risques de domination politique et économique. C'est bien beau de promouvoir un produit, mais qui le fabrique et le vend? C'est beau de promouvoir une approche, mais est-ce seulement des experts étrangers qui peuvent la pratiquer?

La meilleure façon d'éviter ces risques ou d'en diminuer les impacts consiste à fonder le processus de transfert sur un processus de communication et à modifier les approches verticales de coopération internationale en y intégrant des échanges horizontaux et à double sens.

Communication et participation pour le développement

Adapter un produit ou une approche à une culture autre, est souvent très difficile, à cause du manque de connaissance profonde de cette culture. Cela peut conduire, outre le risque d'erreur, à entretenir une certaine forme de paternalisme.

Par contre, la communication permet de rechercher et de favoriser une compréhension commune entre les protagonistes de cultures différentes, autour d'une initiative de développement. Les approches de communication qui permettent d'impliquer directement les gens dans la planification et l'implantation des activités de transfert, ainsi que dans l'intervention de développement auquel ce transfert est censé

contribuer, devraient particulièrement être favorisées. En effet, les problèmes de santé sont souvent des problèmes sociaux. Leur résolution ne passe pas seulement par une disponibilité de produits et d'approches. Il faut encore que la population s'éveille à son rôle dans la promotion de la santé et prenne celle-ci en charge.

Une de ces approches consiste à associer directement les gens du contexte culturel d'accueil à la planification et à l'implantation du processus de transfert.

Une autre consiste à fonder l'implantation du produit et de l'approche sur un mécanisme d'évaluation formative continue de l'intervention, en amenant les gens à réagir et à percevoir les conditions d'implantation de l'approche et du produit dans leur propre contexte culturel et à orienter le processus de transfert dans ce sens.

D'autres approches sont à explorer et à développer. Nous avons tous beaucoup de travail à faire dans cette direction.

Les orientations au plan de la coopération internationale

Une autre façon de prendre en compte les facteurs culturels a trait directement au développement de nouveaux modes de coopération. Sur ce plan, il semble y avoir actuellement une grande effervescence dans la création d'ensembles et de réseaux. On parle de plus en plus couramment de coopération réticulaire pour désigner un mode de coopération fondé sur la mise en commun de ressources et d'expertises complémentaires ou tendant à le devenir, entre différentes institutions du Sud et du Nord, regroupées autour d'un intérêt commun. Les réseaux qui s'inspirent de ce concept sont encore jeunes et ont beaucoup à démontrer. Cependant,

ils indiquent une orientation importante au plan de la coopération internationale.

Une seconde orientation qu'on rencontre à ce niveau et qui permet également de tenir compte de façon privilégiée de la dimension culturelle, est de mettre l'accent sur le développement et la formation de ressources humaines plutôt que sur le transfert d'approches et

de produits. Notons que cette orientation implique dans un contexte de Tiers-monde, d'accorder une priorité au public des femmes, puisque ce sont celles-ci, dans les faits, qui sont les premières responsables de la santé dans leur milieu.

Guy Bessette, Chargé de projet, Télé-Université - Québec-Canada ■

L'évaluation: un savoir-faire à développer et à intégrer

Esquisse d'une démarche appliquée aux domaines de l'information, de l'éducation et de la communication pour la santé

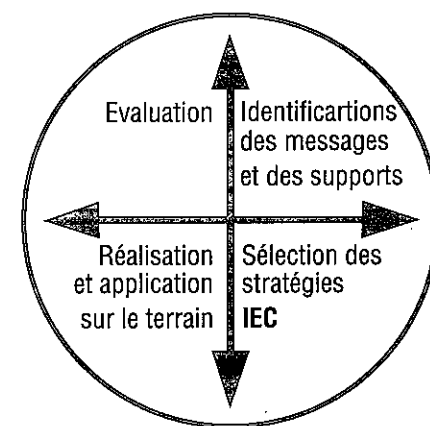
L'évaluation est, autant que l'information, l'éducation et la communication ou IEC (1) une démarche inextricable d'un processus de prise de contact avec les populations et les collectivités.

L'évaluation, a priori, devrait être entreprise à toutes les étapes de la planification IEC. Mais voici que des problèmes d'ordre organisationnel, de vision de la recherche (la recherche évaluative) et le recours à un réductionnisme théorique, technique et pratique font en sorte qu'on centre davantage ses énergies presque essentiellement sur la finalité, voire le produit. Nous allons tenter de démontrer la place de l'évaluation dans le monde idéal de la planification IEC.

Qu'est-ce que la vie idéale d'un projet IEC?

Pour illustrer la place de l'évaluation dans la planification IEC, nous utiliserons deux représentations visuelles.

La première, la représentation par l'horloge, met en évidence la place de l'évaluation dans une démarche de planification classique.



La représentation de l'horloge nous indique que l'évaluation occupe le quart du temps et qu'elle est une démarche intégrée dans le processus IEC.

objectifs, cette personne doit nécessairement entrer en contact avec un élu municipal (parfois un fonctionnaire municipal). Pour ce dernier, l'intérêt suscité par V.V.S. est généralement relié à une occasion favorable, électorale ou autre, qui est de courte durée. Cette "fenêtre politique" doit donc être rapidement utilisée!

Condition 5 : pour qu'il y ait adhésion du Conseil municipal, il faut que l'"élu" adhérant au projet soit en position d'influence ou qu'il se rallie une majorité de conseillers.

Au Conseil municipal, il y a facilement consensus pour adhérer à "V.V.S." et la résolution municipale "passe rapidement" lorsque ce sont des politiciens influents, voire le Maire, qui en ont fait leur dossier.

Condition 6 : à la naissance du projet et à son adoption par le Conseil municipal, il faut qu'il y ait convergence des préoccupations des acteurs impliqués, inspirée par le

concept de "qualité de vie"; il ne faut pas nécessairement des intérêts communs et une compréhension uniforme des concepts V.V.S.

On retrouve une compréhension différente de la philosophie et des concepts V.V.S. par les élus, les fonctionnaires, les acteurs du monde de la santé communautaire et les citoyens. Celle-ci s'apparente cependant toujours à une définition élargie de la santé et l'utilisation du terme "qualité de vie" plutôt que celui de "santé" semble éliminer, au niveau municipal, certaines craintes de se voir confier par des paliers supérieurs de gouvernements de nouvelles responsabilités sans obtenir de nouvelles ressources. Le projet V.V.S. - "qualité de vie" - devient alors une sorte de concept-parapluie où tout le monde intéressé par l'amélioration de la santé, de la qualité de la vie municipale, du mieux-être ou de l'environnement peut trouver son compte.

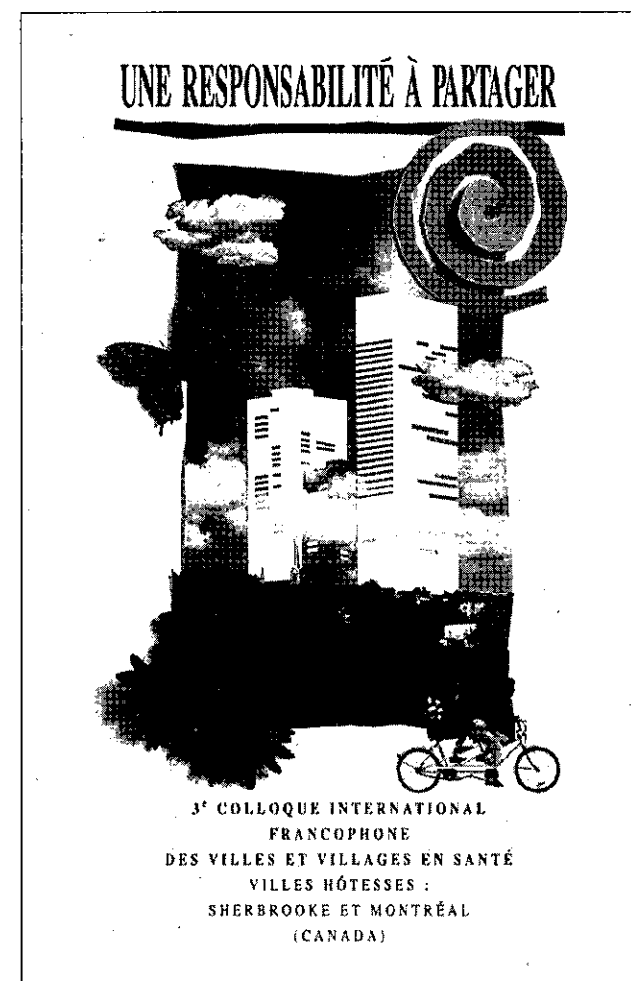
La définition du contenu d'un projet local et la formulation des activités

Condition 7 : lors de la définition du contenu du projet, il faut élargir l'alliance d'acteurs qui est à son origine et choisir les membres du "comité promoteur" en fonction de leur capacité à travailler ensemble et à influencer leurs milieux respectifs.

Lors de l'adhésion à V.V.S., la municipalité mandate au comité promoteur les principaux organismes de sa région (commission scolaire, chambre de commerce, organismes communautaires, ...) ou encore des politiciens ou fonctionnaires ayant la tâche d'amener au comité des représentants de ces organismes. Le choix des membres se fait par l'intermédiaire des contacts personnels des membres de cette coalition ou par l'identification de personnes clés provenant de divers organismes.

Condition 8 : pour augmenter les chances de formulation efficace des activités du projet local (surtout dans les municipalités les plus peuplées), le rôle des fonctionnaires est central pour la mobilisation des ressources.

On retrouve au sein du comité promoteur un représentant de l'appareil administratif municipal (directeur général, directeur ou responsable de service). En tant que principal gestionnaire, même s'il n'est pas forcément sensibilisé au projet V.V.S., il exerce toutefois auprès des élus et sur l'appareil administratif un pouvoir d'influence important. Si, au moment de la formulation du projet, ce responsable administratif n'est pas nécessairement enthousiaste, il peut le devenir... Certains, de la même manière que des politiciens, voient parfois dans V.V.S. une sorte de programme politique, y trouvent un cadre intégrateur pour gérer les dossiers disparates que nécessite le fonctionnement de leur municipi-



Le réseau québécois de Villes et Villages en Santé

Le projet Villes et Villages en Santé n'est certes pas spécifique à la région Outre-Atlantique... Il existe un réseau européen dans lequel s'insère "Liège, Ville Santé". Les numéros 54 et 64 d'Education Santé ont publié à ce propos les articles de Christiane Gosset (janvier 91) et de Pierre Bartsch et Jacqueline Trignon (janvier 92). Nous ne reviendrons donc pas ici sur les objectifs, identiques sur les deux continents. Ils réfèrent à une philosophie commune d'action, inspirée par les recommandations de l'OMS.

Par contre, il est intéressant de se pencher sur certains apports d'une recherche menée par une équipe de l'Université Laval au sujet du mouvement québécois de Villes ou Villages en Santé (V.V.S.) (1). S'y dégagent des éléments pertinents tant ici que là-bas, éléments que nous avons extraits et synthétisés à partir du rapport cité en fin d'article.

Le mouvement québécois est soutenu par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (M.S.S.S.) qui joue un rôle actif en promotion de la santé aux niveaux central, régional (via les Départements de santé communautaire - D.S.C.) et local (par le biais des Centres locaux de santé communautaire - C.L.S.C.) (2). Le réseau V.V.S. est le fruit de la participation de pas moins de cinquante-sept municipalités de toutes tailles, regroupées en une A.S.B.L. dotée d'un Centre de promotion et d'information.

Ce Centre V.V.S. sert de plaque tournante pour l'information en provenance des projets locaux. Il publie un bulletin d'information, répond aux demandes ponctuelles, favorise l'établissement de contacts entre intervenants de différents projets et offre un service de sup-

port-conseil pour la phase initiale de l'implantation de nouveaux projets. Voici pour le cadre institutionnel général. En ce qui concerne les projets locaux de V.V.S., les chercheurs ont mis en évidence quinze conditions ayant concouru à leur réussite. Ces conditions sont articulées chronologiquement selon les étapes et les dimensions d'un processus, d'une évolution allant de la naissance d'un projet à la réalisation des activités.

Environnement général favorable

Condition 1 : un ensemble convergent de conditions environnementales générales propices.

Parmi celles-ci, les auteurs de la recherche relèvent la remise en question de l'Etat-Providence, le questionnement sur l'avenir des municipalités et autres structures politiques locales, la montée de la "promotion de la santé" comme logique d'organisation des systèmes de santé et l'éveil de la conscience écologique des populations en général et des municipalités en particulier.

L'influence des instances supralocales

Condition 2 : le soutien du projet local par le M.S.S.S. (via les D.S.C. ou les C.L.S.C.) au travers de ressources humaines et financières.

Plutôt que de financer directement des projets municipaux, le M.S.S.S. préférera appuyer par divers mécanismes la démarche d'ensemble de V.V.S. Il continuera à subventionner le Centre de promotion et d'information V.V.S. et le dotera des

crédits nécessaires pour offrir aux municipalités des experts, des sessions de formation, des outils concrets, des occasions de rencontres et d'échanges et un support technique.

Condition 3 : l'apport du Centre de promotion et d'information V.V.S. en termes d'information, de légitimation, d'expertises et de maillage.

Le Centre V.V.S. développe des outils de promotion et de diffusion d'information tels: un logo, un feuillet avec une définition simple et utilitaire du concept de "Ville en santé", une "pochette de départ" pour aider au démarrage d'un projet local de V.V.S., un bulletin d'information destiné aux responsables locaux; des liens avec différents médias d'information. Les responsables du Centre V.V.S. sont devenus des "experts-conseils" dont la présence lors de réunions de Conseils municipaux ou d'assemblées publiques est tout à la fois source d'information et de légitimation. Le Centre V.V.S. a aussi créé un contexte régional favorable en mettant en contact des leaders de différents secteurs (maillage des partenaires); en élaborant un lieu de référence reconnu; en concrétisant et rendant visible le concept de V.V.S.; en poursuivant une réflexion critique sur le développement du mouvement tout en favorisant l'émergence de nombreux projets locaux.

Trois conditions lors de la naissance et de l'adoption d'un projet local

Condition 4 : une occasion propice et la rencontre entre un entrepreneur du secteur santé et un entrepreneur du secteur municipal (un "élu").

A l'origine d'un projet local, la plupart du temps, on retrouve un entrepreneur du secteur santé (médecin de santé communautaire; professionnel lié à un Département de santé communautaire - D.S.C. ou à un C.L.S.C.). Afin de réaliser ses

La deuxième représentation, celle de la chenille, montre que l'évaluation devrait, idéalement, occuper toutes les étapes de la mise en place d'un projet.

La représentation de la drôle de chenille (Chacune des boucles représente un segment de l'évaluation.)



Située dans une perspective linéaire et statique (celle de l'horloge), on pourrait penser que l'évaluation se place à la fin du processus alors que dans une perspective systémique et dynamique (celle de la chenille), l'évaluation s'intègre à l'intérieur des trois autres moments.

On parle alors de l'évaluation selon trois axes:

- en pré-production
- en cours de production
- en post-production.

Définition de l'évaluation

L'évaluation est une démarche qui consiste en une collecte systématique d'information pour mieux définir les besoins de la population, aider à formuler un jugement sur la production d'un concept de communication ou d'un message au cours de la phase d'idéation, pour arrimer le message au langage et à la culture de la population, pour cerner la pertinence et les effets des différentes composantes du processus IEC.

Bref, l'évaluation est une démarche qui assure à tous les moments de la planification IEC que les messages que nous **pensons réaliser**, qui sont **en train de se faire**, ou qui **ont été réalisés** sont vraiment adéquats et pertinents pour la population. L'évaluation est donc importante pour **ajuster et améliorer** le produit médiatique à différents moments de sa production, de la pré-production jusqu'à la phase finale.

Au cours de la **pré-production**, l'évaluation nous fournit des données de base nécessaires à l'élaboration des concepts relatifs à la santé - comment la population se représente la santé, quelles sont les cultures et les sous-cultures de la population, quelles sont ses craintes, que connaît-elle du problème de santé en jeu, quelles sont ses différences intra et interindividuelles, quel est le profil d'intérêt, quels sont ses besoins généraux. Soulignons que ce premier axe de l'évaluation risque de modifier les messages et les supports préalablement élaborés par les professionnels de la santé. La pré-production est un des moments-clés car elle permet de valider, de mettre à l'essai, de prétester des idées et des concepts que nous voulons communiquer. Si l'évaluation en pré-production est bien menée, elle fournira, pour les secondes phases de l'évaluation, des informations importantes.

En cours de production, l'évaluation se fait à partir des éléments bruts - l'esquisse d'une affiche, le canevas ou le synopsis d'une émission de radio ou de télévision, le plan d'un communiqué de presse, etc. A partir des éléments bruts, l'évaluation en cours de production vise à s'assurer de l'attrait, de la pertinence et de la compréhension des concepts (contenu) et des supports (contenant), ainsi que de leur fidélité dans la traduction (médiatisation) des intentions d'information, d'éducation et de communication-santé. L'évaluation en cours de production permet d'ajuster l'interprétation des informations is-

sues de l'évaluation en pré-production. Il arrive souvent que nos interprétations de l'évaluation en pré-production nous conduisent à véhiculer certaines idées ou concepts pensant que ceux-ci sont adéquats. On oublie trop souvent que la médiatisation a apporté du "bruit". Retenons que l'évaluation en cours de production permettra d'ajuster le tir avec plus de précision.

L'évaluation en cours de production permet de cerner les attentes et les perceptions qui se dégagent des référents (le porte-parole, les symboles utilisés, etc.) et d'apparier des référents (les façons de dire et de faire) à la conception et à la production de messages-santé. Ainsi, cet axe de l'évaluation vise à orienter, à améliorer ou à maintenir la qualité du produit médiatique proposé à la population. Cet axe est un apport complémentaire à la créativité, aux intuitions, aux expériences et aux connaissances et compétences des acteurs sociaux. Retenons que l'évaluation en cours de production, au même titre que l'évaluation en pré-production modifiera partiellement ou substantiellement le produit et ses canaux de diffusion.

A posteriori, le dernier axe de l'évaluation, et non le moindre, **en post-production**, sert à déterminer l'impact ou les effets du produit final auprès de la population cible. Cette

(1)IEC est un modèle relativement connu dans le monde de la coopération internationale comme appui au développement. On entend par **IEC** une démarche intégrée qui vise à **Informer, Eduquer et à Communiquer**. L'information a pour fonction de sensibiliser les populations à l'égard notamment de problèmes socio-sanitaires. L'éducation s'intéresse de façon plus précise à faire cheminer des petits groupes d'individus en comblant les écarts de connaissances et de compétences. La communication vise à faire participer activement des individus ou des collectivités en vue d'une mobilisation à l'égard d'une cause (environnement, santé, agriculture, technologie, éducation,...).

évaluation des impacts et des effets cerner l'efficacité des médias. Cette efficacité passe par la capacité des produits médiatiques à rejoindre la population et à engendrer des changements dans leur mode de vie ou au niveau de leur qualité de vie. La mesure de l'efficacité repose sur trois conditions qui, à leur tour, dictent des objets d'évaluation.

La première condition postule que la personne a été exposée aux produits médiatiques: **lire, voir et entendre les contenus santé**. On parle alors de deux types d'évaluation: d'une part les cotes d'écoute, le tirage, la distribution, et d'autre part des études de notoriété et d'exposition aux messages et aux médias.

La deuxième condition est corollaire à la première dans la mesure où une fois exposée aux messages et aux médias, la personne comprend, s'intéresse et retient le message. L'évaluation, ici, porte sur le niveau de compréhension et de rétention du message en utilisant plusieurs dimensions: la visibilité, l'attrait de la présentation et de la mise en forme du message, l'appréciation du support, la crédibilité des sources, la capacité à soutenir l'atten-

tion et l'intérêt, la pertinence des termes traités, la formule employée, l'intelligibilité et la compréhension.

La troisième et dernière condition est d'aller sonder si le contenu médiatique a provoqué un changement au niveau des connaissances, des attitudes, des comportements ou des compétences.

Conclusion

L'évaluation devrait occuper une place importante dans la mise en oeuvre d'un projet IEC. Nous espérons avoir démontré que l'évaluation est une démarche qui s'imbrique dans toutes les phases d'un projet. Elle peut se heurter à des facteurs de résistance organisationnels et à des visions théoriques divergentes. A ce titre, en tant qu'acteurs sociaux, il est de notre ressort d'influencer les preneurs de décisions à mettre au premier plan l'évaluation dans le cadre de nos projets.

Lise Renaud, Département de santé communautaire de l'Hôpital Général de Montréal, Québec, Canada

Robert Bastien, Département de santé communautaire de l'Hôpital Charles LeMoine, Québec, Canada. ■

Les représentations de la santé: l'expérience française

Depuis près de 15 ans, le Comité français d'éducation pour la santé organise des campagnes d'information de masse en vue de lutter contre les principaux facteurs de risque liés aux comportements qui mettent la santé en danger.

Progressivement, l'approche de ces campagnes est devenue plus professionnelle et plus performante. En particulier, chacune d'elles donne lieu à des études sur les comportements incriminés et à des évaluations précises sur la réception des messages et les évolutions

qu'elle entraînent. Aujourd'hui, ces études sont nombreuses et il devient possible de tirer un certain nombre d'enseignements généraux.

Le décalage entre connaissances et comportements.

C'est un fait marquant qui est au coeur du problème de l'éducation pour la santé. La majorité des gens

considèrent ou disent considérer la santé comme leur première préoccupation. Ils se prétendent prêts à faire beaucoup d'efforts pour l'améliorer. Par contre, alors qu'ils ont pour la plupart d'entre eux une très bonne connaissance des risques liés au tabagisme, à l'alcoolisme, au déséquilibre nutritionnel, ... leurs comportements ne semblent pas évoluer parallèlement à ces connaissances. Tous les fumeurs par exemple connaissent les dangers du tabac, mais beaucoup continuent à fumer.

Quels sont donc les facteurs qui influencent ou déterminent les comportements?

La question est complexe et pour essayer d'y répondre, je citerai deux études: l'une sur le tabac et les jeunes, l'autre sur l'hygiène bucco-dentaire.

Quand on étudie les différentes étapes de l'adoption de l'habitude tabagique chez les jeunes, on note d'une façon générale plusieurs phases successives en fonction de l'âge.

Le tout jeune enfant rejette la cigarette car l'odeur le dégoûte et, bien informé, il a peur pour la santé de ses parents ou des adultes qu'il aime et qui fument.

A cette phase succède un premier contact, pratiquement général, avec une première cigarette. Presque tous les enfants essaient de fumer au moins une fois.

Vers l'âge de 12 ans, le tabagisme prend une forme plus importante. Il est différent pour les garçons et pour les filles. Les premiers fument pour se faire croire et faire croire aux autres qu'il est déjà adulte et ainsi pense mieux s'intégrer à des groupes de pairs où les plus respectés sont des fumeurs. Les filles, elles, initiées par une femme un peu plus âgée, recherchent dans le geste de fumer une image de féminité plus adulte.

Plus tard, vers 14-15 ans, on ne fume plus pour les autres, mais pour soi-même, le besoin s'est intensifié. Il est lié à des circonstances et à des émotions personnelles.

Ce qu'on peut tirer de cette étude, c'est le rôle fondamental des images et des représentations (être adulte, ou être femme...) dans l'adoption ou non du tabagisme.



Une autre étude sur l'hygiène bucco-dentaire démontre également la place des images et des représentations dans les comportements liés à la santé. A côté d'un discours rationnel qui explique qu'il faut se brosser les dents pour éviter les caries, il existe en fait des raisons plus profondes qui expliquent pourquoi la plupart des gens ne le font pas rationnellement.

Ainsi, quoi qu'en disent la majorité des personnes, on ne se brosse pas les dents pour éviter les caries mais pour avoir des dents blanches et une haleine fraîche (comme le recommandait le slogan d'une marque célèbre de dentifrice). Ceci explique qu'en général, seules les dents visibles bénéficient d'une bonne hygiène, les autres étant quelque peu délaissées.

L'étude poussée plus loin éclaire ces comportements. En réalité, les dents ont une image d'organe sans vie, qui s'use avec le temps, qui

tombe et que l'on peut remplacer par des prothèses. Le public, en fait largement conditionné par les images, dénie ses propres responsabilités et ses capacités d'influencer sa santé.

En ce qui concerne les dents, leur mauvais état serait, selon les personnes interrogées, dû exclusivement à des facteurs hors du champ de l'intervention personnelle: hérédité, alimentation qui se ramollit, aliments bourrés de produits chimiques, ... Par contre, l'idée de sa propre responsabilité et de ses propres capacités à influencer l'état dentaire est rejetée.

Ce facteur de négation de la responsabilité est un élément qu'on retrouve dans de nombreux domaines.

La négation de la responsabilité: frein au changement de comportement?

Les gens ont, en général, beaucoup de mal à accepter l'idée que leurs comportements sont nuisibles à leur santé. Quel que soit le domaine abordé, cette fuite se retrouve. Une étude sur l'alcool nous a montré que la majorité des gens considèrerait qu'il y avait une bonne manière de boire (la fête, la convivialité, ...) et une mauvaise (alcoolisme chronique, marginalité, ...). Chacun considère son propre comportement comme se situant dans la bonne catégorie et il n'a pas de mots assez durs pour qualifier ceux (les autres) qui sombrent dans l'alcoolisme. Chacun juge avec beaucoup de clémence ses actes et souvent avec beaucoup de rigueur les actes de ses congénères.

Ainsi, pour une bonne part des populations étudiées, chacun considère que la consommation dangereuse se situe juste au-dessus de la sienne. D'où la demande de répression contre les buveurs excessifs dont bien sûr aucun des interviewés ne fait partie...

Dans le domaine du bon usage du médicament, seules 9% des personnes interrogées reconnaissent avoir une consommation excessive alors

que près de 80% considèrent que la consommation de médicaments des Français est trop forte.

En ce qui concerne le tabac, ceux, nombreux, qui souhaitent arrêter de fumer mais qui n'y arrivent pas du premier coup, remettent en question la réalité des dangers en recherchant une autre rationalité (si c'était si dangereux, l'Etat l'interdirait complètement et les médecins donneraient l'exemple en arrêtant tous de fumer).

On conçoit, dans ces conditions, la difficulté de faire comprendre au public qu'on s'adresse vraiment à lui. Il est nécessaire pour cela de ne pas trop caricaturer les messages en les dramatisant, car ceci renforce le processus de fuite, le public refusant de se reconnaître dans les images exagérées qui lui sont présentées.

La difficulté de faire évoluer ces comportements impose que les campagnes d'information soient incluses dans des programmes et des politiques cohérentes de santé publique et qu'en aucun cas elles ne peuvent être isolées. En fait, il est important de prouver au public que la santé est une responsabilité partagée et que l'Etat, les professionnels de la santé et les industriels font eux-mêmes des efforts dans le même sens que ceux qui sont demandés aux individus.

Si les médias peuvent jouer sur les images, il est capital que des actions plus approfondies, plus ciblées d'éducation et d'information se développent sur le terrain au niveau de la communauté, là où les gens vivent, travaillent et prennent leurs loisirs.

Enfin, les études et les évaluations doivent impérativement faire partie de la méthode rigoureuse adoptée pour développer ces campagnes, car elles seules permettent en permanence une adaptation efficace des outils de communication utilisés.

Marc Danzon, Directeur du Comité français d'éducation pour la santé. ■

L'ÉDUCATION

POUR



L'éducation pour la santé en Communauté française

de Belgique, c'est un ensemble de personnes, de structures, d'organismes au service de la population en général, et des relais sociaux (enseignants, professionnels de la santé, animateurs,...) en particulier. Cette petite brochure vous donne tous les renseignements utiles sur les services reconnus par la Communauté française.



LES SERVICES AGRÉÉS

PROMES ULB

L'inventaire et la diffusion des données utiles en éducation pour la santé, principalement via les Commissions Locales de Coordination et la diffusion de "Santé Pluriel".

CONTACTS — demandes d'information et offre de collaboration, Marianne Prévost et Anne-Françoise Dusart.
INFORMATION — Patrick de Smet.
DIRECTION — Danielle Piette.
ADRESSE — PROMES, Ecole de Santé Publique ULB, route de Lennik 808, 1070 Bruxelles. Tél. 02/555.40.97 et 555.40.81. Fax 02/555.40.49.

PROMOCOOP

Assure la gestion d'un service thématique sur le bon usage des médicaments: information tout public, projets pédagogiques, coordination, acteur de santé (pharmaciens - médecins - éducateurs - infirmières,... et consommateurs).

CONTACTS — Isabelle Montulet, Catherine Istace, Claudine Vause, Josette Charles.
ADRESSE — Promocoop, rue Haute 28, 1000 Bruxelles. Tél. 02/513.44.92. Fax 02/514.54.43.

PROMOTION DE LA SANTÉ MUTUALITÉ SOCIALISTE

Inventaire et diffusion d'informations dans le domaine du self-help. Aide à la création de groupes. Mise en place d'ateliers "Stress et corps".

CONTACTS — Docteur Robert Bontemps • Roger Swinnen.
ADRESSE — Promotion santé UNMS/FPS, rue Saint-Jean 32, 1000 Bruxelles. Tél. 02/515.05.85 (Bontemps) et 515.05.34 (Swinnen).

COMMISSION LOCALE DE COORDINATION DU BRABANT WALLON
Domaine de Chastre - ONE, route de Gembloux 2, 1450 Cortil-Noirmont. Tél. 081/61.42.48.
CONTACTS — Viviane Demortier • Christine Doucet.

COMMISSION LOCALE DE COORDINATION DU HAINAUT-CENTRE
rue Chavée 62, 7100 La Louvière. Tél. 064/22.30.17.
CONTACTS — Jeannine Chantraine • Monique Gosselain.

COMMISSION LOCALE DE COORDINATION DU HAINAUT-EST
avenue Général-Michel 1B, 6000 Charleroi.
Tél. 071/33.02.29.
CONTACTS — Viviane Vandenberg • Martine Bantuelle.

COMMISSION LOCALE DE COORDINATION DU HAINAUT-OUEST
rue de Cordes 9, 7500 Tournai. Tél. 069/22.15.71.
CONTACT — Véronique Malfrère.

COMMISSION LOCALE DE COORDINATION DE LIEGE
Sart Tilman B23, 4000 Liège 1 • Tél. 041/56.27.97.
CONTACT — Carine Lafontaine.

COMMISSION LOCALE DE COORDINATION DE HUY-WAREMME
rue Entre-Deux-Portes 94, 4500 Huy. Tél. 085/21.25.76.
CONTACT — Benoît Dadoumont.

COMMISSION LOCALE DE COORDINATION DU LUXEMBOURG
Centre Provincial de Santé, rue Erène 1, 5400 Marche.
Tél. 084/31.31.39 et 061/21.36.71.
CONTACTS — Reine-Marie Hanoul • Georgette Delforge.

COMMISSION LOCALE DE COORDINATION NAMUR
rue Château des Balances 3B, 5000 Namur.
Tél. 081/22.25.14 ou 22.24.22. Fax 081/74.19.89.
CONTACTS — Bénédicte Reginster • Axel Roucloux.

COMMISSION LOCALE DE COORDINATION DE VERVIERS
Quai du Barbou 4, 4020 Liège. Tél. 041/44.78.43.
Nouvelle adresse à partir du 1/4/92: rue de la station 13, 4800 Verviers. Tél. 087/35.15.03.
CONTACT — Jean-Claude Lesuisse.

Cette brochure est une réalisation de la revue Education Santé. Si vous en désirez plusieurs exemplaires, veuillez adresser votre commande au Centre de Coordination Communautaire, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles. Tél.:02/512.42.23. Editeur responsable: Pierre Anselme, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles. Design [sign'] — Impression: Economat ANMC

4 | L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

13 | L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

5 | L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

12 | L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

9 | L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

8 | L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

CONTACT — Docteur Marc Parent, responsable du service. Adresse — ONE, Service Éducation à la Santé, route de Gembloux 2, 1450 Cortil-Noirmont. Tél. 081/61.42.48.
d'exposition, vidéos, jeux,...).
• par la réalisation de matériel d'animation, adapté aux besoins de la population (brochures, tracts, panneaux)
d'évaluation et l'évaluation des activités sur le terrain;
• par la participation active à l'élaboration, la mise en route, les sociaux;
administratifs de l'ONE ainsi que les travailleurs médico-
en coordination avec les organes scientifiques et
• par la réflexion et l'établissement de programmes d'action de la structure ONE;
Le Service Éducation à la Santé apporte un soutien au sein
prénataux et de la petite enfance (0-7 ans).
L'ONE a pour mission d'assurer la gestion des services

LA COLLECTION "ÉDUCATION POUR LA SANTÉ": plus de 200 programmes vidéo choisis en collaboration avec l'APES pour leurs qualités pédagogiques, scientifiques et vidéo-graphiques. Une sélection régulièrement complétée et mise à jour. Le CARAVAGGIO-CINÉ: une réflexion sur l'utilisation de l'audiovisuel en éducation pour la santé, des notices vidéo-graphiques complètes et structurées, des index pratiques. Un réseau de diffusion de 120 services de prêt à Bruxelles et en Wallonie.
CONTACT — Eric Vandereynden, chef de projet. Adresse — MCFB, rue Louvrex 46b, 4000 Liège. Tél. 041/22.20.20. Fax 041/21.24.24.

MÉDIATHÈQUE DE LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE DE BELGIQUE

LES SERVICES AGRÉÉS



DIRECTEUR — Michel Demarteau.
PRÉSIDENTE — Dr Gilberte Reginster-Hanouse.
Adresse — A.P.E.S., Université de Liège, Sart Tilman Bât. B23, 4000 Liège. Tél. 041/56.28.97. Fax 041/56.28.89.
SES SERVICES:
• des conseils, des interventions, des formations. Contacts: Marie-Christine Milerans, Anne Pounay (chercheuses);
• des informations, des publications. Contact: Anna De Leo (secrétaire).

Un Centre collaborateur de l'École de Santé Publique de l'Université de Liège spécialisé dans la méthodologie et l'évaluation des actions d'éducation pour la santé.
ASSOCIATION POUR LA PROMOTION DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (A.S.B.L.)

LES SERVICES AGRÉÉS

tous ceux qui s'intéressent à ce secteur en Communauté française de Belgique: personnel médical et paramédical, enseignants, animateurs, assistants sociaux,... Éducation Santé est publiée dans le cadre de la Cellule de coordination intermutualiste Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes - Union Nationale des Mutualités Socialistes.
CONTACTS — Christian De Bock (rédacteur en chef) • Bernadette Taeymans (secrétaire de rédaction) • Roger Swinnen (secrétaire de rédaction adjoint) • Maryse Van Audenhege (rédaction) (02/515.05.34) • Éducation Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles. Tél. 02/237.48.53. Fax 02/237.33.00.
documentation, abonnements).
Adresse — Education Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles. Tél. 02/237.48.53. Fax 02/237.33.00.

MUTUALITÉ CHRÉTIENNE ÉDUCATION SANTÉ

La plaque tournante de la prévention des accidents domestiques en Communauté française et de la coordination du projet Réseau d'Actions Sécurité.
CONTACTS — Luc Burquel (documentation) • Bernadette Tissot (épidémiologie) • Chantal Vandooorne (recherche, évaluation) • Martine Bantuelle (direction, coordination). Adresse — Educa-Santé, avenue Général-Michel 1B, 6000 Charleroi. Tél. 071/33.02.29. Fax 071/32.86.76.

EDUCA-SANTÉ

LES SERVICES AGRÉÉS

Soutien méthodologique et logistique pour toute action d'éducation pour la santé en milieu peu scolarisé et /ou itinérante: matériel didactique, documentation, formation d'animateurs, aide et conseils.
PERMANENCE — Jeudi et vendredi de 10 à 17 h, ou sur rendez-vous.
CONTACTS — Nicole Lhatien (animatrice) • Thérèse Clays Bouvaert (coanimatrice). Adresse — Cultures et Santé, av. de Stalingrad 24, 1000 Bruxelles. Tél. 02/513.56.99.

CULTURES ET SANTÉ

Création de matériel didactique et d'animations à l'intention des membres de la communauté éducative.
CONTACTS — Viviane Delegher, chef de service (645.46.57) • Gabrielle Schicks, secrétaire (647.46.62) • Eric Motte, projet "Sécurité" (646.46.64) • André Lufin, projet "Alimentation" (646.46.64). Adresse — Croix-Rouge de Belgique, Service Éducation pour la Santé, chaussee de Vleurgat 84 - 2ème étage, 1050 Bruxelles.

CROIX-ROUGE DE BELGIQUE

LES SERVICES AGRÉÉS

LE CENTRE DE COORDINATION COMMUNAUTAIRE

SES MISSIONS:

- centraliser et diffuser toutes informations utiles;
- servir de lien entre les Commissions Locales de Coordination, le Ministre et son Administration, la Cellule Permanente, les Services, agréés ou non, et le public;
- réunir des groupes de travail pour étudier les propositions d'actions.

CONTACTS — Pierre Anselme (sociologue) • Martine Spitaels (licenciée en éducation pour la santé) • Maryse Wanlin (médecin) • Fabienne Devos (documentaliste) • Marie-Carle Nachez (secrétaire).
ADRESSE — Centre de Coordination Communautaire, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles. Tél. 02/512.42.23. • Fax 02/512.32.73.

LES 10 COMMISSIONS LOCALES DE COORDINATION

LEURS MISSIONS:

- service de documentation à la disposition des relais locaux;
- soutien "logistique" aux actions;
- relais entre les intervenants de base et l'Administration;
- coordination des actions locales individuelles.

COMMISSION LOCALE DE COORDINATION DE BRUXELLES
 rue du viaduc 72, 1050 Bruxelles. Tél. 02/512.41.74. Fax 02/512.54.36.
CONTACTS — Bernadette Lambrechts • Manuela Herinckx.

QUESTION SANTÉ

Question Santé vous aide à:

- définir vos besoins, vos objectifs et votre stratégie en matière de communication;
- établir votre budget;
- réaliser votre dossier-sponsor;
- concevoir et réaliser votre campagne de communication;
- créer des outils et des supports de communication originaux.

CONTACTS — Philippe Mouchet et Dominique Caron.
ADRESSE — Question Santé, rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles. Tél. 02/512.41.74. Fax 02/512.54.36.

RESODOC

Documentation en éducation pour la santé.
 Accessible: lundi de 9h00 à 12h30 et de 13h30 à 17h00
 mardi de 9h00 à 12h30 et de 13h30 à 18h00
 mercredi de 9h00 à 12h30 et de 13h30 à 17h00
 jeudi (fermé le matin) de 13h30 à 18h00
 vendredi de 9h00 à 11h30 et de 13h30 à 16h30
 et le premier samedi du mois de 9h00 à 12h30.
 Consultation sur place, autonome ou avec l'aide d'un(e) documentaliste. Prêt de certains ouvrages. Photocopies sur place ou à la demande. Interrogation informatique directe ou décentralisée. Information sur d'autres centres spécialisés. Service par téléphone ou télécopie.
CONTACTS — Maria-Antonia Bertrand-Baschwitz, documentaliste • Alain Deccache, directeur-adjoint • Alain Goossens, documentaliste • Yvette Gossiaux, documentaliste • Bénédicte Loiseau, informaticienne • Maria Monteforte, secrétaire.
ADRESSE — RESODOC UCL - Faculté de Médecine, Centre faculté -1, avenue Mounier 50, 1200 Bruxelles. Tél. 02/764.56.44 ou 764.56.47 ou 764.50.32. Fax 02/764.53.22.

VIE FÉMININE

Formation et distribution d'outils de formation à destination des femmes de milieu populaire. Ces formations sont centrées sur une meilleure connaissance du corps et de son fonctionnement. Elles sont assumées par du personnel qualifié et possédant l'expérience du travail dans les milieux les moins favorisés.

CONTACT — Thérèse Foucart.
ADRESSE — Vie Féminine, rue de la poste 111, 1210 Bruxelles. Tél. 02/217.29.52.



15 | L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

LE MINISTRE

Magda De Galan, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé de la Communauté française de Belgique, rue Belliard 7, 1040 Bruxelles.

L'ADMINISTRATION

Elle assure le contrôle et le financement des services agréés et des programmes subventionnés.

ADRESSE — Ministère de la Culture et des Affaires Sociales, Direction Générale de la Santé, Service des Oeuvres Médico-sociales, Bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles. Fax: 02/413.26.13.
CONTACT — Marie-Cécile Fréteur (413.26.42).

LA CELLULE PERMANENTE ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

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

PRÉSIDENT — Dr Patrick Trefois.
VICE-PRÉSIDENTE — Dr Gilberte Reginster-Haneuse.
ADRESSE — Cellule Permanente Education pour la Santé, Ministère de la Culture et des Affaires Sociales, Direction Générale de la Santé, Bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles. Fax: 02/413.26.13.
CONTACTS — Dr Roger Lonfils (413.26.10), Jacques Lambremont (413.26.16).

2 | L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

7 | L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

14 | L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

3 | L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

11 | L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

6 | L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

COMMENT?

- Une équipe multiprofessionnelle: 11 personnes spécialisées dans divers domaines de l'éducation pour la santé, l'analyse des besoins et l'évaluation, la conception et la réalisation d'outils éducatifs graphiques et audio-visuels, la formation, la documentation...
- Des formations générales ou à la carte: relation éducative, réalisation de projets d'éducation du patient, etc...
- Un périodique trimestriel, le Bulletin d'Éducation du Patient.
- Des outils éducatifs, graphiques et audio-visuels conçus avec vous, et adaptés aux besoins des patients et aux vôtres.
- Un lieu de rencontre et d'échanges, le Comité Interinstitutionnel d'Éducation du Patient, où se retrouvent plusieurs institutions intéressées par la coordination de leurs idées, de leurs outils et de leurs projets.
- Une bibliothèque spécialisée.

ADRESSE — Centre d'Éducation du Patient, av. Thérèse 1, 5530 Vvoir. Tél. 081/42.22.08. Fax 081/42.25.49.

L'ICAN a pour mission de promouvoir l'éducation nutritionnelle dans la Communauté française. Il suscite et coordonne les initiatives dans ce domaine, en accord avec les objectifs qui lui ont été fixés. L'ICAN s'adresse aux organismes, aux institutions, aux personnes désireuses de développer des projets éducatifs sur l'alimentation.

INSTITUT COMMUNAUTAIRE DE L'ALIMENTATION ET DE LA NUTRITION

CONTACTS — Catherine Spiece • Chantal Massager. Adresses — Femmes Prévoyantes Socialistes - Promotion Santé, rue Saint-Jean 32, 1000 Bruxelles (Place Saint-Jean 1-2) Tél. 02/515.04.08.

Mise en place d'ateliers "Mieux-être": gestion du stress - gym douce - alimentation (maigrir sans obsession) - diététique.

Ateliers 40-50: pour mieux comprendre les transformations de son corps, mieux vivre le départ de ses enfants, l'arrêt de son corps, mieux vivre la retraite, prendre des initiatives de vie.

Ateliers "Défi-femmes": retrouver confiance en soi, se prendre en charge, prendre des initiatives de vie.

L'ICAN: l'organisme chargé de la coordination de thèmes relatifs à l'éducation nutritionnelle.

L'ICAN: un centre spécialisé dans l'information, la formation et le conseil en éducation nutritionnelle, au service de la communauté.

CONTRACT — Amary Closset, licenciée en sciences de l'éducation - coordinatrice • Nathalie Barbason, Nives Bravin, Cécile Clot, Michel Maree, Françoise Martin, diététicienne(s).
PRÉSIDENT — Pr. H. Barbason, Ulg
SECRETARIE-TRÉSORIÈRE — P.-J. Bloom, Institut E. Malvoz.
ADRESSE — ICAN, Quai du Barbou 4, 4020 Liège. Tél. 041/44.78.25. Fax 041/44.77.02.
PERMANENCE — du lundi au vendredi, de 9 h. à 12 h. et de 13 h. à 16 h.

Le service spécialisé dans la prévention des assuétudes, alcool et autres toxicomanies.

PRÉVENTION DES ASSUÉTÉS: coordination, conseil, interventions, formations, élaboration et adaptation de matériel de prévention, évaluation...

Michèle Bauwens, psychologue.

BIBLIOTHÈQUE ET DOCUMENTATION:

Sabrina Cange et Dominique Dewind, documentalistes.

ÉPIDÉMIOLOGIE SANITAIRE ET SOCIALE: recueil des données, enquêtes...

Collette Goederoit, criminologue.

Prévention du sida chez les toxicomanes: coordination, opérations "Boule de neige", programmes à destination des médecins généralistes, des institutions médico-sociales et des pharmaciens.

Jean-Pierre Jacques, médecin • Françoise Lequarre, médecin hygiéniste • Alexis Goosdeel, psychologue.

SECRETARIE — Cathy Walla.
SECRETARIE DE DIRECTION — Justiane Benacer.
DIRECTION — Luc Blis.
ADRESSE — CCAD, rue du Président 55, 1050 Bruxelles. Tél. 02/512.20.21. Fax 02/512.30.27.
NOUVELLE ADRESSE A PARTIR DU 1/3/92 — CCAD, avenue Schaller 54, 1160 Bruxelles. Tél. 02/676.75.55.