

*L'enseignement
des aspects psychosociaux
de la planification familiale*



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
BUREAU REGIONAL DE L'EUROPE
COPENHAGUE

51562 / Pⁿ

SEMINAIRE-ATELIER SUR L'ENSEIGNEMENT
DES ASPECTS PSYCHOSOCIAUX DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Lisbonne
20-23 février 1985

ICP/MCH 502/c05
RMI/79/P05
Non édité
Distribution restreinte
FRANCAIS SEULEMENT

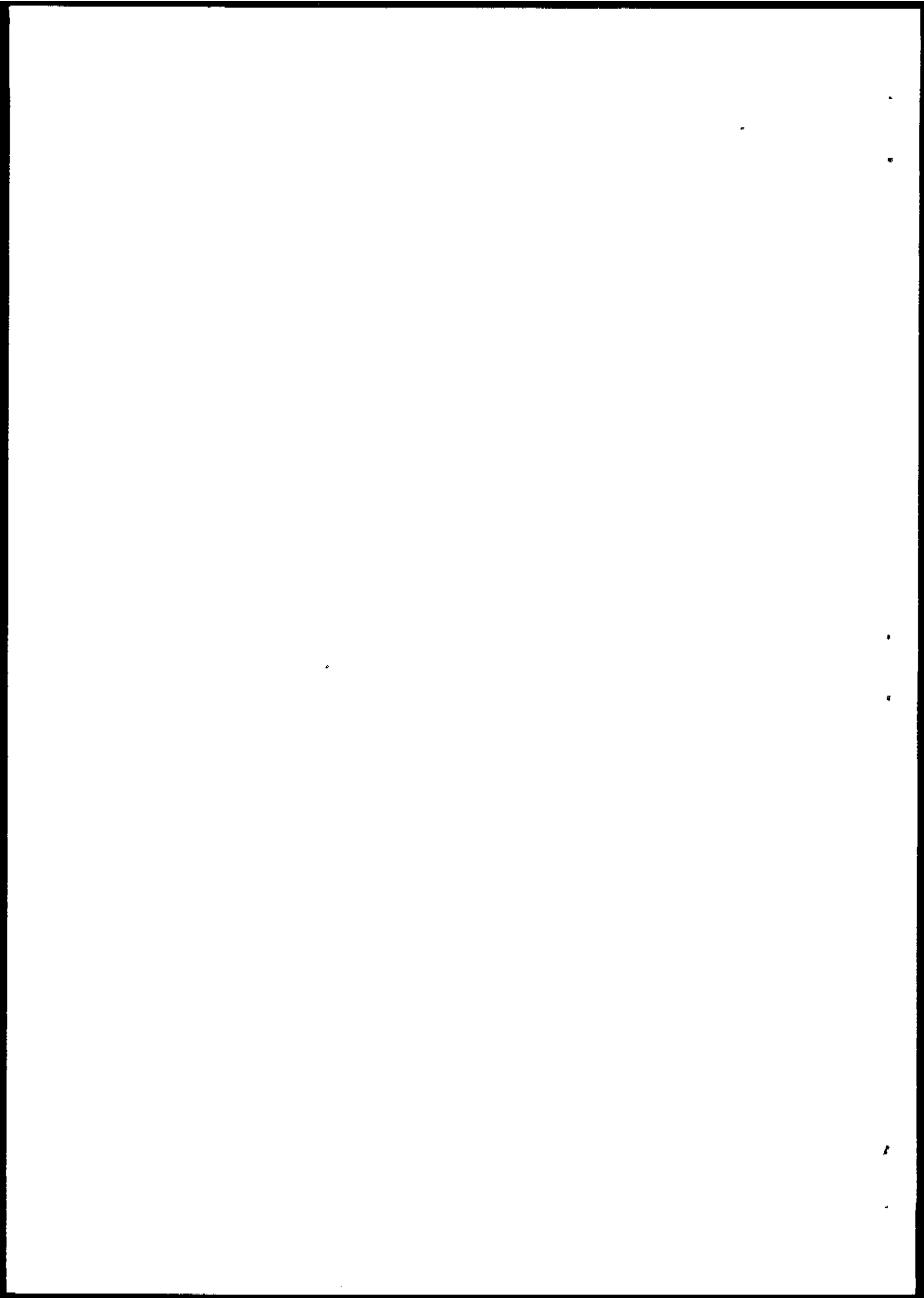
1985

Note

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation sans l'autorisation de l'Organisation mondiale de la santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

SOMMAIRE

	<u>page</u>
1. Introduction	1
2. Séance d'ouverture	1
3. Présentation des objectifs du programme et des méthodes de travail du séminaire-atelier	2
3.1 Objectifs de l'atelier	2
3.2 Méthodes de travail	2
3.3 Programme	3
4. Résumé des exposés introductifs	3
4.1 La planification familiale au Portugal	3
4.2 Les questions sexuelles et le système de l'OMS	4
4.3 Les aspects psychosociaux de la planification familiale	7
5. Présentation du guide pour la formation aux aspects psychosociaux de la planification familiale	9
6. Déroulement du séminaire-atelier	10
6.1 Analyse critique des objectifs pédagogiques du guide	10
6.2 Objectif 1	10
6.3 Objectif 2	11
6.4 Objectif 3	11
6.5 Objectif 4	12
6.6 Objectif 5	13
7. Evaluation	13
7.1 Evaluation du guide	14
7.2 Evaluation du séminaire-atelier	14
8. Clôture du séminaire-atelier	15
Annexe 1 Programme	16
Annexe 2 Liste des participants	17



1. Introduction

Le séminaire-atelier national sur l'enseignement des aspects psychosociaux de la planification familiale s'est tenu à la Direction générale des soins de santé primaires à Lisbonne, du 20 au 23 février 1985. Il fut organisé par le service de santé maternelle et de planification familiale de la Direction générale des soins de santé primaires et l'unité de planification familiale du Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe, dans le cadre du programme de coopération à moyen terme entre le Portugal et ce Bureau.

Cette réunion répondait à une préoccupation des organisateurs d'améliorer la formation pédagogique des responsables de la formation des professionnels de santé. Le thème retenu a été celui des aspects psychosociaux de la planification familiale en raison des insuffisances habituelles de l'enseignement dans ce domaine.

Les professionnels de la santé chargés d'assurer les activités de planification familiale ont, pour la plupart, reçu une formation médicale ou paramédicale qui les prédispose à privilégier les aspects techniques, dans lesquels ils se sentent plus à l'aise. Dans beaucoup de pays, la formation de base ou le recyclage du personnel de santé en matière de planification familiale se limite à l'acquisition de quelques notions sur les différents moyens de contraception.

Ces personnels sont donc insuffisamment préparés à répondre aux besoins des individus et des couples très divers qui constituent les communautés parmi lesquelles ils travaillent et ceci dans des domaines aussi personnels et impliquants que la sexualité et la contraception. Ils sont par ailleurs souvent peu conscients de leur propre attitude vis-à-vis de la sexualité, de la maternité, de la contraception ou de l'interruption de grossesse.

Une formation spécifique aux aspects préventifs et sociaux était donc nécessaire.

Les participants à ce séminaire-atelier étaient au nombre de 22. Ils provenaient des régions suivantes du Portugal : Aveiro, Braga, Coimbra, Faro, Lisbonne, Portalegre, Porto, Setubal et Viana Castelo. Ce groupe comprenait des médecins, infirmières, assistantes sociales, une psychanalyste, un sociologue et une représentante de la Commission de la condition féminine (voir liste en Annexe 2). Les langues de travail utilisées étaient le français et le portugais.

2. Séance d'ouverture

En ouvrant la séance, le Dr Maria Purificação Costa Araujo, responsable de santé maternelle et de planification familiale, prononce quelques mots de bienvenue à l'adresse des participants. Elle remercie l'Organisation mondiale de la santé pour sa collaboration à la réalisation de ce séminaire-atelier qui va contribuer à l'application de la planification familiale dans le contexte

des soins de santé primaires et améliorer ainsi la qualité des soins fournis à la population. Il appartient aux participants de mettre en oeuvre cette nouvelle approche.

Mademoiselle Haddad, fonctionnaire régional pour la planification familiale au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, après avoir fait l'éloge de l'excellente collaboration entre le Portugal et l'Organisation mondiale de la santé, a souligné l'importance des aspects psychosociaux dans le domaine de la planification familiale. Les pratiques qui constituent la planification familiale doivent permettre aux individus et aux couples d'atteindre certains buts personnels, lesquels renvoient à des problématiques individuelles, culturelles et politiques qu'il faut identifier et comprendre. Ceci doit permettre d'améliorer l'accueil et l'écoute de la personne et d'adapter les réponses techniques des professionnels de santé à la demande de la population desservie.

3. Présentation des objectifs du séminaire-atelier, des méthodes de travail et du programme

3.1 Objectifs de l'atelier

Après la présentation des organisateurs, des experts et des participants, les objectifs de ce séminaire-atelier ont été rappelés.

A l'issue de celui-ci, les participants doivent être capables de planifier et mettre en oeuvre un programme de formation en planification familiale prenant en compte les aspects psychosociaux.

Pour ce faire, ils devront être en mesure de :

- sélectionner des objectifs éducationnels dans le domaine des aspects psychosociaux de la planification familiale, à partir des activités et des tâches correspondantes des personnels dont ils ont à assurer la formation;
- déterminer le contenu de l'enseignement;
- choisir et appliquer les méthodes pédagogiques appropriées;
- sélectionner et utiliser les instruments d'évaluation adaptés.

3.2 Méthodes de travail

Les participants ont travaillé à partir d'un projet de guide pédagogique pour la formation aux aspects psychosociaux de la planification familiale, élaboré par l'Organisation mondiale de la santé et le Centre international de l'Enfance en collaboration avec le Département de pédagogie des sciences de la santé de la Faculté de médecine de Bobigny (France), et de la Section éducation pour la santé et planification familiale de l'Ecole nationale de la santé publique - Rennes (France). Ce guide a fait l'objet d'une traduction en portugais par les organisateurs nationaux.

Il a été procédé à l'analyse critique des objectifs, des contenus, des méthodes pédagogiques ainsi que des instruments d'évaluation proposés dans le guide, en vue d'une adaptation et utilisation dans le contexte portugais.

Certaines des méthodes pédagogiques retenues ont été mises en pratique par les participants pendant le séminaire.

Le travail s'est effectué en quatre sous-groupes, suivis de séances de mise en commun et de synthèse.

3.3 Programme : voir Annexe 1

4. Résumé des exposés introductifs

4.1 La planification familiale au Portugal
par le Dr Maria Purificação Costa Araujo.

La planification familiale a été légalisée en 1976 au Portugal avec comme objectifs :

- améliorer le bien-être des familles;
- améliorer la santé maternelle et infantile;
- régulariser la fertilité selon la volonté des individus et des couples;
- réduire le nombre d'avortements clandestins;
- promouvoir l'utilisation correcte des contraceptifs.

La légalisation de la planification familiale une fois en vigueur, la direction générale de la santé s'est fixé comme objectif de réaliser la couverture du pays en consultations de planification familiale dans le cadre des soins de santé primaires, de façon à atteindre 10% des femmes en âge de procréer d'ici à la fin 1985. C'est ainsi que de 1976 à 1984, 290 centres de santé (sur 317) ont mis en place des activités de planification familiale et l'objectif fixé a été atteint. Il y a lieu de noter que le développement de ce programme de planification familiale a permis de contribuer à la baisse de la mortalité maternelle qui est passée de 44,5 pour 100 000 en 1976 à 16,0 pour 100 000 en 1983. De même, le taux de fertilité des femmes âgées de plus de 35 ans a diminué ainsi que le taux de mortalité infantile (passé de 38,9 pour mille en 1976 à 17,66 pour mille actuellement).

Les objectifs ainsi que les activités de planification familiale étaient bien connus. Le principal problème que la direction générale de santé devait résoudre était celui de la formation du personnel de santé. Avec l'appui de l'Organisation mondiale de la santé et du Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population, un vaste programme de formation des professionnels de santé a été mis sur pied. Cent onze cours d'une durée de 2 à 3 semaines ont été réalisés et 2084 médecins et infirmières ont été formés. En même temps, en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé, une étude sur l'évaluation des programmes de planification familiale a été réalisée qui a permis de constater une évolution positive des services de planification familiale. Le but est de poursuivre tous les efforts avec la participation active de tous les professionnels afin de contribuer à la réalisation de l'objectif "la Santé pour tous d'ici l'an 2000".

4.2 Les questions sexuelles et le système de l'OMS par W. Haddad

A. Pourquoi les questions sexuelles font-elles partie du programme de l'OMS ?

L'une des questions appelées à recevoir une plus grande attention au cours de la prochaine décennie est celle de la sexualité et de la santé sexuelle. Cela ne veut pas dire que la sexualité elle-même soit à l'avenir plus importante qu'elle ne l'est maintenant, mais que les aspects sexuels de toute une série de problèmes humains seront reconnus et traités en tant que problèmes sexuels.

Le système de santé devra reformuler les concepts actuels et tenir compte de la composante sexuelle de la santé.

L'Organisation mondiale de la santé voulant faciliter et soutenir cette transformation du système de santé a lancé en 1984 au Bureau de l'Europe un nouveau programme sur la sexualité et la planification familiale (anciennement programme de planification familiale).

B. Qu'est-ce que la santé sexuelle ?

La sexualité fait partie intégrante de la personnalité de chacun, homme, femme et enfant. Il s'agit d'un besoin fondamental et d'un aspect de l'être humain qui ne saurait être dissocié d'autres aspects de la vie.

La position de l'Organisation mondiale de la santé est que la santé inclut la satisfaction sexuelle; la santé étant un droit humain fondamental, il s'ensuit que la satisfaction et l'enrichissement sexuels, ou plus généralement la santé sexuelle, sont aussi des droits humains fondamentaux.

En 1974, une réunion de l'Organisation mondiale de la santé sur l'éducation et le traitement dans le domaine sexuel a défini la santé sexuelle comme étant : "l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexuel d'une manière qui enrichit l'individu et qui favorise l'épanouissement de la personnalité, de la communication et de l'amour". Dans ce rapport, il est dit que le droit à l'information sexuelle et le droit au plaisir sont indissociables de ce concept.

C. La sexualité est-elle la même pour tout le monde ? Non

Cette définition de l'Organisation mondiale de la santé n'implique nullement qu'il doive y avoir une norme uniforme de comportement sexuel ou de santé sexuelle, ni que des activités sexuelles particulières doivent être encouragées ou au contraire refusées. Elle laisse la place à l'expression individuelle et elle est indépendante de l'âge, de la race, de la culture, de la religion, du sexe et des handicaps physiques ou mentaux.

Une telle souplesse d'approche est indispensable lorsque l'on envisage de développer un programme sur la sexualité s'appliquant à une zone aussi étendue que la Région européenne de l'OMS où il existe de grandes différences historiques, politiques, religieuses et culturelles en ce qui concerne : le comportement sexuel, les rôles masculin et féminin, la valeur donnée à la virginité, la menstruation, le fait de montrer son corps et la nudité, la mesure dans laquelle la sexualité est considérée comme une source de joie, de

satisfaction et d'expression de soi, ou comme ayant seulement pour but la reproduction. Il convient de tenir compte de ces différences. .

La question n'est pas de faire en sorte que chacun doive se conformer à l'opinion d'un expert sur ce qu'est un comportement sexuellement sain, mais de faire en sorte que les gens aient toutes les informations dont ils estiment avoir besoin quant à leur corps, à leur sexualité et aux possibilités de contraception.

L'objectif visé est que l'individu puisse choisir un mode de vie qui lui permette de vivre en bonne santé physique et affective et dont il se sente personnellement responsable dans une certaine mesure.

D. Si la sexualité est naturelle, pourquoi y a-t-il des problèmes de santé sexuelle ?

Il existe plusieurs causes telles les discriminations à l'égard des handicapés mentaux, physiques, des personnes âgées, des homosexuels; existence également d'attitudes négatives profondément enracinées, discrimination entre les sexes, répression de la sexualité de l'enfant, insuffisance de l'attention portée à certains groupes exposés à des situations de vie particulières ou à risque tels que les migrants.

E. Quelles sont les mesures nécessaires pour assurer la santé sexuelle ?

a) Education

La sexualité est une composante naturelle et normale de l'être humain. Et pourtant elle est une cause de détresse pour de nombreuses personnes. La nécessité de l'éducation sexuelle est manifeste. Il faut enseigner aux gens que la sexualité peut être un élément positif et enrichissant de la vie et non pas nécessairement une source d'anxiété et de culpabilité.

Il ne suffit pas d'informer. Par le passé, l'éducation sexuelle était vue comme un moyen d'éviter les effets nuisibles de la sexualité : grossesse non voulue et maladies vénériennes. Nécessité donc d'une prise de conscience des attitudes, aptitudes à la communication et à la prise de décision. Nécessité d'une éducation sexuelle adaptée aux besoins des enfants et s'adressant aux garçons aussi bien qu'aux filles.

Une condition importante de la réussite de l'éducation sexuelle est que celle-ci ne soit pas une activité hors contexte : elle devrait donc impliquer toute la collectivité. Une formation particulière de ceux qui auront pour rôle d'enseigner est indispensable. Les enseignants doivent prendre en considération leurs propres réactions affectives et attitudes à propos de la sexualité, pour éviter d'imposer leurs propres systèmes de valeur à leur public.

b) Formation des professionnels de santé

Il est nécessaire de donner une formation à toute la gamme des professionnels de santé. Ces derniers, à tous les niveaux, partagent les opinions, mythes et préjugés en vigueur dans la société à laquelle ils appartiennent et ils peuvent eux-mêmes avoir des problèmes sexuels non résolus.

Le patient doit avoir confiance dans le médecin pour aborder les questions sexuelles; les médecins et autres personnels ne doivent pas être gênés de traiter de ces questions. Quant aux objectifs de la formation, un conseiller en questions sexuelles ou thérapeute en sexualité doit remplir deux conditions préalables : avoir un niveau de connaissances suffisant et être capable d'exploiter ces connaissances sans être entravé par des tabous, préjugés, lacunes et réactions affectives plus ou moins inconscientes.

Les médecins ont besoin d'être informés des causes somatiques des problèmes sexuels. Ils doivent également être conscients du conflit dans la pratique de la planification familiale entre la nécessité de prendre rationnellement des mesures et le désir de vivre irrationnellement la sexualité en vue de rechercher avec la personne intéressée la ou les méthodes qui lui permettront de vivre le mieux possible face à ce conflit.

c) Nécessité d'améliorer les services : modèles de services en conseils sexuels

Des réseaux complets de services de conseils psychosexuels ne sont pas nécessaires. Les professionnels de santé devraient acquérir la compréhension, l'information et l'aptitude nécessaires pour faire face aux problèmes et préoccupations des gens en ce qui concerne les relations et la santé sexuelle.

A cet égard, les efforts doivent être axés sur la prévention et sur l'éducation du public et aussi du personnel de santé.

d) Modifications de la législation

Il est nécessaire d'envisager des modifications de la législation et notamment de promouvoir :

- une législation qui donne accès aux jeunes à l'éducation sexuelle et aux conseils et services de planification familiale;
- une base juridique pour l'égalité des droits entre hommes et femmes; une vie satisfaisante suppose l'égalité entre partenaires;
- une législation ne faisant pas de discrimination à l'encontre de certains groupes de la population qui ont une sexualité différente de la majorité, homosexuels par exemple;
- la modernisation de la législation pour tenir compte du nouveau mode de vie : âge minimal des activités hétérosexuelles, mariage, etc;
- la libéralisation de la propagande en faveur des contraceptifs et de leur vente.
- etc.

F. Objectifs prévus par le programme de planification familiale de l'OMS/EURO pour la période 1984-1991

- Recommandations sur les moyens garantissant aux adolescentes des possibilités égales en matière de consultations et de services dans le domaine de la sexualité et de la planification familiale d'ici 1989.

- Mise à jour de modules d'enseignement sur divers aspects de la planification familiale et de la sexualité d'ici 1986.
- Evaluation des changements survenus dans les rôles des sexes et de leurs implications pour les services de planification familiale d'ici 1987.
- Directives sur les moyens de promouvoir la responsabilité des hommes en matière de planification familiale d'ici 1990.
- Examen des définitions existantes, des concepts, des principes et conditions d'une vie sexuelle saine et satisfaisante d'ici 1987.
- Analyse de la situation actuelle en matière de vie sexuelle satisfaisante/non satisfaisante d'ici 1989.
- Analyse de la sexualité et du couple chez les handicapés et les personnes âgées au foyer ou en milieu institutionnel d'ici 1989.
- Analyse des programmes existants en matière de consultations sexuelles d'ici 1988.
- Directives sur une législation appropriée relative à une vie sexuelle satisfaisante d'ici 1991.

4.3 Les aspects psychosociaux de la planification familiale par M. Denis Couet

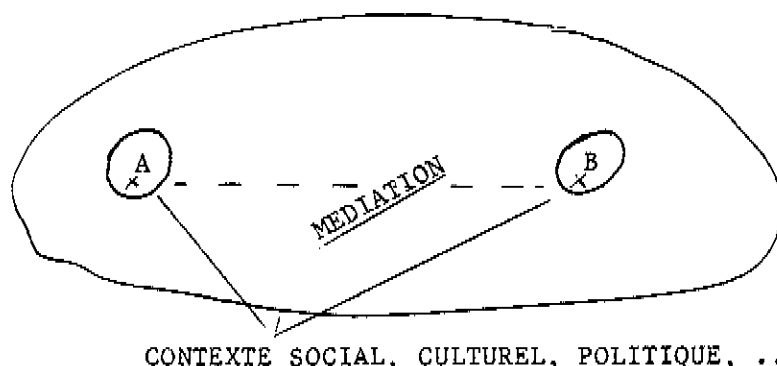
Les activités d'une équipe de santé en matière de planification familiale s'articulent autour de trois pôles, qui mettent en jeu des problèmes d'ordre psychologique, social et culturel. Ces trois pôles sont les suivants :

- a) l'accueil
- b) l'écoute
- c) la réponse.

Disons tout de suite que l'approche techniciste (médicale ou autre, éventuellement psychologique!), privilégie le pôle 3, à l'exclusion ou presque des deux autres. Ainsi certains personnels de santé se préoccupent-ils uniquement de prescrire la supposée bonne méthode contraceptive pour la cliente, sans envisager les difficultés d'ordre psychologique et culturel qu'elle entraîne chez la personne. L'approche psychosociale, sans négliger l'importance de la réponse à la demande, met d'abord l'accent sur les deux autres pôles du travail à effectuer.

a) L'accueil

Accueillir quelqu'un, c'est instaurer une relation avec lui. Cette relation est toujours située dans un certain contexte matériel, social et culturel qui l'enveloppe et la traverse à la fois. Le schéma ci-dessous illustre d'une part l'importance de la médiation qui permet l'établissement de la relation, d'autre part l'omniprésence du contexte dans lequel celle-ci vient prendre place. Ajoutons que chacun des acteurs en présence véhicule lui-même son propre contexte (histoire personnelle, milieu socio-culturel, etc.), lequel interfère également dans la relation.



Prenons l'exemple d'une consultation de planification familiale dans un centre de santé. La médiation, c'est l'objet de la relation, par exemple la contraception évoquée dans l'entretien, sous ses différents aspects d'information, de prescription, etc. Le contexte, c'est celui du centre de santé; il est à la fois matériel (état des locaux), social (organisation interne), culturel (en tant que relais d'une politique de santé), etc. La cliente est elle-même insérée dans un certain contexte personnel, social et culturel - et il en va de même pour le médecin ou l'infirmière qui la reçoit. En conclusion, insistons sur le fait que dans une relation, on est toujours au moins trois. C'est le troisième ou le quatrième élément (médiation, contexte) qui doit faire l'objet d'un travail spécifique de la part des personnels, travail qui vise à améliorer ce qu'en termes de santé publique on nomme l'accessibilité et l'acceptabilité des services. C'est au prix de ce travail que les structures et les personnels de santé pourront se voir à leur tour accueillis par la population.

b) L'écoute

Recevoir une personne dans un centre de santé, ou se rendre auprès d'elle sur son lieu de vie ou de travail, c'est s'exposer aux méandres d'une demande qui n'est pas toujours la sienne propre. La demande emprunte parfois un circuit compliqué avant de nous être adressée, et il importe d'analyser ce circuit pour savoir qui demande quoi, éventuellement pour qui (une mère pour sa fille par exemple; mais que demande la fille ?)

Cette demande peut être tout à fait explicite. Elle peut demeurer implicite : on nous parle de difficultés sexuelles plutôt que de contraception, ou l'inverse. Elle est souvent les deux à la fois. Ceci suppose que le personnel de santé soit parfois capable d'entendre ce qui est en question au-delà des mots prononcés, sans pour autant plaquer une interprétation quelconque sur les propos du client ou du groupe de jeunes auquel il s'adresse, dans le cas de l'éducation sexuelle par exemple.

Enfin l'écoute, comme l'accueil, suppose que soit bien délimité et analysé le lieu, ou la fonction d'où l'on accueille ou écoute quelqu'un. On ne reçoit pas les mêmes personnes, ni les mêmes demandes, selon que l'on est médecin, infirmière, psychologue, etc. L'importance du travail d'équipe est justement dans l'articulation de ces différentes fonctions, qui doit s'effectuer entre autres dans le cadre de réunions régulières.

c) La réponse

La dimension de la réponse fait d'emblée intervenir un savoir ou savoir-faire. Répondre à quelqu'un, dans le domaine de la planification familiale, c'est la plupart du temps lui proposer une technique contraceptive, et toujours une information.

Tout le problème réside dans la modulation de cette réponse : il s'agit d'être sur la même longueur d'onde que la personne à qui on s'adresse. Il faut se donner les moyens d'évaluer l'effet produit sur l'autre par les informations qu'on lui dispense, et de réajuster notre intervention en fonction de ce qu'il nous dit. C'est une véritable négociation qui doit se dérouler entre le technicien et le client, pour aboutir par exemple au choix d'une méthode contraceptive - laquelle sera d'autant plus efficace que pleinement acceptée par le ou les intéressés.

Enfin, dans le cas d'une intervention en éducation sexuelle, la réponse à la demande passe par l'utilisation de techniques pédagogiques spécifiques (animation de groupe, utilisation de supports audio-visuels).

5. Présentation du guide pour la formation aux aspects psychosociaux de la planification familiale

Ce guide a été avant tout conçu pour aider les formateurs à élaborer et à mettre en oeuvre le programme de formation des personnels de santé en matière de planification familiale.

La méthodologie proposée correspond à celle qui est préconisée par l'OMS (cf. Guide pédagogique pour les personnels de santé. J.J. Guilbert, OMS, Genève, Publication offset No 35, 1981). Elle est basée sur la définition des objectifs pédagogiques à partir des fonctions, activités et tâches que les personnels de santé sont appelés à accomplir et insiste particulièrement sur la pertinence des programmes de formation, c'est-à-dire sur le degré de conformité qui existe entre ces programmes et les problèmes de santé de la population ainsi que les ressources disponibles. Dans un premier temps, les principales activités du personnel de santé dans le domaine de la planification familiale sont définies, ce qui permet d'en déduire les objectifs pédagogiques concernant essentiellement les aspects psychosociaux. Cinq grands objectifs ont été retenus qui concernent :

- la politique nationale de planification familiale et en particulier la législation existante;
- le diagnostic de la communauté, c'est-à-dire l'identification des problèmes, des besoins et des ressources en matière de santé et planification familiales dans la communauté;
- la mise en oeuvre des activités sanitaires et sociales de la planification familiale, notamment dans le cadre d'une consultation;
- l'éducation sexuelle et familiale;
- l'évaluation des activités de planification familiale et plus particulièrement dans leurs dimensions psychosociales.

Ce guide est composé de cinq parties (ou modules) correspondant aux cinq grands objectifs. Pour chacun des objectifs (et sous-objectifs), des exemples de méthodes pédagogiques et des instruments d'évaluation sont proposés ainsi qu'un certain nombre de textes (en annexes) pour expliciter et illustrer le contenu.

Ce document constitue avant tout un instrument au service des formateurs mais aussi des professionnels de la santé qui doit être adapté et complété en fonction des différents pays et du contexte.

C'est ainsi qu'il a été traduit en portugais par les soins de la DGSSP (à l'exception des textes figurant en annexes) tout en subissant quelques modifications, notamment pour certains termes, afin de mieux correspondre à la situation portugaise.

De plus, dans le premier module sur la politique nationale (objectif No 1) les nouveaux textes de la loi portugaise relative à la planification familiale ont été introduits en annexes du guide en portugais.

6. Déroulement du séminaire-atelier

Dans un premier temps, une analyse critique des objectifs pédagogiques proposés dans le guide a été effectuée avec les participants. Puis, pour les objectifs (ou modules) 2, 3, 4 et 5, quelques méthodes pédagogiques ont été sélectionnées et mises en pratique avec les participants. De même, quelques exemples de grilles d'évaluation parmi celles proposées ont été utilisés et critiqués à l'occasion des différents exercices.

6.1 Analyse critique des objectifs pédagogiques du guide

Pour chacun des objectifs figurant dans le guide, il a été demandé aux participants d'analyser dans quelle mesure il était "pertinent", "clair" et "réalisable".

A de rares exceptions près, tous les objectifs ont été jugés pertinents par rapport à la situation portugaise, et énoncés de façon suffisamment claire.

Les discussions ont été plus nombreuses pour juger si les objectifs proposés étaient "réalisables". En fait, pour apprécier ce fait, plusieurs participants avaient considéré la possibilité de réaliser ces objectifs sur le terrain, en situation réelle plutôt que dans un contexte de formation.

Par exemple, dans le domaine de l'évaluation des activités de planification familiale (objectif 5), les sous-objectifs relatifs au recueil (5.1) et à l'interprétation des données (5.2) ont été jugés souvent difficiles à réaliser sur le terrain. Par contre, dans le cadre d'une session de formation, ces mêmes objectifs sont relativement faciles à réaliser sous forme d'exercices théoriques ou même pratiques à condition d'appliquer une méthodologie appropriée.

6.2 Objectif 1 :

"Présenter la politique nationale de planification familiale en regard de la situation démographique, sanitaire, sociale, religieuse, politique et économique du pays."

Il s'agit d'un objectif d'ordre essentiellement cognitif qui n'a pas fait l'objet d'exercice pratique pendant le séminaire.

Le contenu en a été jugé pertinent par les participants, de même que les méthodes pédagogiques et les instruments d'évaluation. Comme nous l'avons

déjà mentionné, des annexes ont été rajoutées à la version portugaise, relatives aux textes législatifs en vigueur.

6.3 Objectif 2 :

"Etablir le diagnostic de la communauté, c'est-à-dire identifier les problèmes, les besoins et les ressources en matière de santé et de planification familiales dans la communauté dont il a (ou aura) la charge, en vue de favoriser la participation de cette communauté aux différentes actions à entreprendre."

Après un bref rappel sur la place du diagnostic de la communauté dans la démarche de planification par programme et dans la planification des programmes de formation, l'exercice suivant a été proposé.

Un rapport relatif à un diagnostic de la communauté effectué par un groupe de professionnels de la santé dans une région du Portugal (à l'occasion d'une session de formation organisée quelques années auparavant) a été distribué et il a été demandé aux participants d'évaluer ce rapport sur le plan de la méthodologie utilisée, des résultats obtenus et de la présentation.

L'idéal aurait été de pouvoir mettre les participants en situation sur le terrain et de leur faire réaliser eux-mêmes un diagnostic de la communauté mais ceci ne figurait pas dans les objectifs de ce séminaire-atelier.

Cet exercice théorique a cependant été très profitable et a permis de dégager un certain nombre d'éléments pour améliorer cette partie du guide :

- la méthodologie proposée est valable pour obtenir un diagnostic global concernant les problèmes et les besoins de santé d'une communauté donnée. Par contre, il semble nécessaire d'y ajouter une méthodologie plus appropriée pour le recueil et l'interprétation des données psychosociales. En effet, une place relativement grande est réservée au recueil des données chiffrées, alors que les méthodes relatives à l'apprentissage de la communication, aux techniques d'entretien, à la manière d'élaborer un questionnaire à orientation psychosociale ou de poser les questions sont très peu développées;
- de même, les éléments proposés dans la grille d'évaluation d'un rapport de stage ne prennent pas suffisamment en compte les aspects psychosociaux, tant sur le plan de la méthodologie utilisée que des résultats obtenus.

6.4 Objectif 3 :

"Participer à la mise en oeuvre des activités sanitaires et sociales de la contraception aux différents niveaux : de l'information et de l'éducation, de l'investigation, de la prescription, du suivi."

Le travail sur cet objectif s'est effectué par l'intermédiaire de quatre exercices empruntés au guide. Dans le premier, on demande aux participants, réunis par groupes, de dresser le plan d'une structure destinée à recevoir les activités de planification familiale, d'en préciser l'organisation en décrivant le circuit des consultants et le rôle de chaque membre de l'équipe.

Durant la séance plénière qui a suivi ce travail, la discussion a porté principalement sur les points suivants :

- l'importance de l'accueil (un groupe allant jusqu'à proposer un véritable service de "relations publiques" dans chaque centre);
- les difficultés pour ménager les exigences du travail d'équipe (ou intégré) et celles du secret professionnel;
- l'importance des réunions d'équipe régulières pour échanger notamment sur les rôles de chacun, susceptibles d'évoluer avec le temps;
- les rôles respectifs du médecin et de l'infirmière : dans plusieurs groupes, la "motivation" de la clientèle était attribuée exclusivement au médecin.

Le second exercice se rapporte à l'objectif 3.2 : "Préciser les caractéristiques psychosociales du demandeur ...". Il s'agit du jeu du portrait, dans lequel les participants interrogent pendant une vingtaine de minutes un personnage joué par un membre de l'équipe d'encadrement, pour en dresser ensuite le portrait "psychosocial". Le rôle interprété était ici celui d'une jeune fille de 16-17 ans, issue d'un milieu rural mais vivant à Lisbonne depuis quelques mois. Les portraits dressés par les quatre groupes correspondaient bien dans l'ensemble à l'original". Cet exercice a permis de faire apparaître deux ordres de difficultés :

- comment être suffisamment précis en élaborant ce portrait, sans pourtant se livrer à des interprétations abusives;
- la manière de poser les questions compte autant, sinon plus, que son énoncé : or cet exercice ne permet pas de travailler l'art de poser une question, il privilégie la recherche de l'information à tout prix.

Le troisième exercice, correspondant toujours au même objectif, consiste à proposer des éléments complémentaires sur les aspects psychosociaux, à insérer dans le dossier client en vigueur au Portugal. Les résultats de ce travail, souvent très contrastés d'un groupe à l'autre, ont permis de mettre en évidence la difficulté de concilier le recueil d'informations suffisamment détaillées sur la personne, et la nécessaire concision - et standardisation - indispensable au caractère utilitaire d'un dossier client.

Le dernier exercice consistait en un jeu de rôles mettant en présence deux participantes, l'une jouant le rôle d'une cliente dans une consultation de planification familiale, l'autre celui de l'infirmière qui la reçoit. L'ensemble des participants assistait à la scène et évaluait le comportement de l'"infirmière" au moyen d'une grille d'observation. Une discussion s'ensuit en séance plénière. Dans le cas présent, l'ensemble des participants a mis l'accent sur l'intérêt pédagogique de ce type d'exercice, déjà mis en pratique par plusieurs d'entre eux dans la formation des personnels.

6.5 Objectif 4 :

"Participer aux actions d'éducation sexuelle et familiale."

L'exercice effectué correspond au sous-objectif 4.4 : "Définir les objectifs et le contenu d'une action éducative adaptée au public préalablement identifié". Un texte reproduisant l'énoncé de deux demandes d'information-éducation sexuelle, adressées à une équipe de santé, est remis aux différents sous-groupes de participants. Il s'agit pour eux d'élaborer les objectifs et le contenu d'une action éducative répondant à ces demandes.

Les résultats de ce travail appellent deux remarques :

- la plupart des participants de ce séminaire n'étaient pas familiers de la méthodologie propre à la pédagogie par objectifs. Ils ont perdu en conséquence beaucoup de temps à élaborer des objectifs pédagogiques conformes aux définitions "officielles". C'est pourquoi il nous a paru préférable de leur demander d'élaborer une "stratégie" pédagogique tenant compte des caractéristiques de la demande sans être trop exigeant dans la formulation des objectifs;
- l'une des deux demandes soumises aux participants comportait une allusion à l'existence de maladies sexuellement transmissibles dans un établissement scolaire, en même temps que de grossesses non désirées chez des adolescentes. Ce sont-là deux problèmes qui relèvent d'une approche psychosociale. Pourtant, certains participants étaient enclins à réserver celle-ci à la seule prévention des grossesses, la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles relevant selon eux d'une intervention de type santé publique classique. Un débat fructueux a pu s'instaurer autour de ces questions.

6.6 Objectif 5 :

"Participer à l'évaluation des actions entreprises."

La plupart du temps, l'évaluation effectuée dans le cadre des activités de planification familiale est d'ordre purement quantitatif (nombre de consultantes, selon l'âge ou la catégorie socio-professionnelle, type de prestation offert, etc.). Il est nécessaire d'y associer une évaluation plus qualitative portant par exemple sur la satisfaction de la clientèle fréquentant un centre de planification familiale.

Dans le cadre de ce module, les participants ont procédé à l'analyse critique d'un exemple de "questionnaire sur la satisfaction de la clientèle" (Annexe 5d du guide).

Certains participants ont estimé que ce questionnaire n'était pas adapté au contexte portugais notamment en ce qui concerne la formulation des questions. De plus, un tel questionnaire, destiné à être rempli directement par les clientes à l'issue d'une consultation, ne peut pas être utilisé avec des femmes analphabètes ou ayant eu une scolarité limitée. Il serait nécessaire, de toute façon, d'y joindre une note explicative.

7. Evaluation

L'évaluation a porté, d'une part sur l'outil pédagogique de base du séminaire-atelier, c'est-à-dire le guide, et d'autre part sur le séminaire-atelier lui-même.

7.1 Evaluation du guide

Dans l'ensemble, le guide a été jugé de façon très positive par les participants. Ils estiment pouvoir l'utiliser dans le contexte de leur travail au Portugal, qu'ils soient responsables de formation ou directement impliqués sur le terrain dans des activités de planification familiale au sein d'une équipe de santé tout en contribuant au recyclage du personnel.

Les éléments du guide les plus appréciés ont été les exercices pédagogiques, ainsi que les différents modèles de grilles d'évaluation des aspects psychosociaux. Pour les exercices, plusieurs participants ont souligné l'intérêt de s'appuyer sur des situations réelles. Ceci a notamment été le cas pour l'exercice sur la définition des objectifs d'une action éducative (objectif No 4.4). L'un des cas proposés correspond à une situation réelle dont les différentes étapes ont été menées à leur terme. Il a donc été possible à l'animateur de comparer la stratégie proposée par les groupes de travail à la stratégie réellement mise en place sur le terrain et de rapporter les résultats obtenus.

A côté de cette première évaluation, il a été demandé aux participants de faire parvenir leurs réactions, commentaires et suggestions à la DGSSP après utilisation, en particulier dans un contexte de formation. Il leur a également été demandé d'envoyer tout document susceptible de figurer dans les annexes comme, par exemple, des questionnaires d'évaluation qualitative adaptés au contexte portugais.

7.2 Evaluation du séminaire-atelier

Un questionnaire d'évaluation a été rempli anonymement par les participants à la fin de la session. Il portait sur la planification du séminaire, la pertinence des méthodes de travail utilisées, la conduite de la session, l'attitude des animateurs, les acquisitions des participants et l'évaluation.

Les participants ont particulièrement apprécié la part active qu'ils ont joué dans le séminaire-atelier, la qualité de la documentation fournie (en l'occurrence le guide), la cohérence entre les principes pédagogiques préconisés et le déroulement des travaux, la possibilité d'exprimer leurs critiques et la prise en compte qui en était faite, ainsi que l'enrichissement de leurs connaissances tant sur le plan des aspects psychosociaux de la planification familiale que de la méthodologie pédagogique. Les différents exercices pédagogiques ont été jugés très profitables de même que les séances d'évaluation et les discussions qui les ont suivis. Ils ont souligné tout l'intérêt du "feedback" dans ce domaine, indispensable à un véritable apprentissage.

Parmi les difficultés rencontrées, certains ont mentionné l'hétérogénéité du groupe (grande variété de situations professionnelles), le temps trop court consacré aux travaux de groupes et aux exercices d'application et la durée trop brève du séminaire-atelier en général.

Parmi les suggestions émises, on peut retenir : la nécessité de mettre davantage l'accent sur le travail en équipe et de faire faire moins d'exercices afin de pouvoir consacrer plus de temps à chacun d'eux; enfin, l'importance pour les autorités portugaises d'assurer un suivi du

séminaire-atelier par exemple en contrôlant la mise en pratique des connaissances acquises et la méthodologie pédagogique.

8. Clôture du séminaire-atelier

Au cours de la clôture de l'atelier, il a été mentionné que cette activité commune entre l'OMS et la Direction générale de soins de santé primaires du Portugal a atteint ses objectifs.

Mlle Haddad a remercié aussi bien les organisateurs nationaux que les enseignants pour leur excellente préparation qui a contribué à faire de cet atelier de travail un succès. Elle a aussi remercié les participants pour leur contribution et pour avoir créé une atmosphère si active et si stimulante pour les discussions. Elle a enfin exprimé sa gratitude et celle des experts OMS pour l'hospitalité généreuse qui leur a été réservée par la Direction générale de soins de santé primaires.

Annexe 1

PROGRAMME

1er jour

9 heures	Ouverture officielle du séminaire Présentation de l'équipe pédagogique et des participants
10h15	Pause
10h30	Présentation des objectifs et des méthodes de travail : Dr Teresa Telleria
11 heures	La planification familiale au Portugal : Dr Maria Purificacao Araujo
11h30	Exposé sur la sexualité dans le système de l'OMS : Mlle W. Haddad
14 heures	Exposé introductif sur les aspects psychosociaux de la planification familiale : M. Denis Couet
15 heures	Présentation du guide : Dr Michel Pechevis
16 heures	Pause
16h30	Analyse critique des objectifs pédagogiques du guide

2ème jour, 3ème jour et 4ème jour

9 heures - 12h30	Etudes par modules en fonction des objectifs et des possibilités d'application du guide	Equipe pédagogique et participants
14 heures - 17h30		

4ème jour - après-midi

Evaluation

Annexe 2

LISTE DES PARTICIPANTS

PARTICIPANTS PORTUGAIS

- Alcindo Salgado Maciel Barbosa
Médecin de santé publique du centre de santé de Ponte de Lima
- Ana Maria Germano
Infirmière, Commission de gestion du centre de santé d'Ollao et coordinatrice des soins de santé maternelle et infantile et de planification familiale (SMI/PF), Faro
- Bertina Sonsa Gomes
Fonctionnaire supérieure principale de la Commission de condition féminine, Lisbonne
- Clarinda Maria Prezeres Ferreira Silvada Rocha
Infirmière du secteur de soins de santé individuelle de SMI/PF, Montemar-o-Velho
- Dulce Maria Pereira Garcia
Infirmière du secteur de soins de santé individuelle de SMI/PF, Montemoar-o-Velho
- Francisco Serrano Feitinha
Directeur du service obstétrique-gynécologie de l'Hôpital de Portalegre et médecin de planification familiale de l'administration régionale de santé (ARS), Portalegre
- Isabel Maria Rolland Audrade Sinna Sobrar
Infirmière directrice de l'ARS, Porto
- José Candido Vaz
Délégué de santé, membre médical de la commission de gestion de l'ARS d'Aveiro et spécialiste en gynécologie, Aveiro
- José Carlos Ferreira de Almeida
Sociologue, Ecole nationale de santé publique, Lisbonne
- Ligia Zenaida Teixeira Azevedo
Infirmière du service de gestion et de formation du personnel de l'ARS, Lisbonne
- Luisa Alice Reyder da Costa
Médecin coordinatrice d'obstétrique-gynécologie et coordinatrice districtale de planification familiale de Setubal
- Manuel Joaquim Autunes Moreira
Délégué de santé publique de la Direction des services de santé de l'ARS de Porto

Maria Armanda Soares Sinna Silva

Médecin-assistante de santé publique responsable pour les consultations de planification familiale d'Albugeira

Maria Belo

Psychanaliste (service privé), Faculté des sciences sociales et humaines et formatrice dans les cours de planification familiale de la Direction générale de soins de santé primaires, Lisbonne

Maria Clara Almeida Tarraga Santos Albuquerque Sequeira

Assistante sociale d'un cabinet technique du service sociale de l'ARS de Coimbra, secteur de soins individuels de SMI/PF, alimentation et nutrition, Coimbra

Maria de Fatima Espregueira Carvalho

Infirmière-chef coordinatrice du département de formation permanente, cabinet technique du nursing de l'ARS de Viana de Castelo

Maria Natalia Sarabando da Rocha

Infirmière du cabinet du nursing de l'ARS de Aveiro

Maria Natalina Taveres Cara d'Anijo Rego

Infirmière du centre de santé de Portalegre

Sara Neto Henriques do Nascimento

Médecine de santé publique, responsable du secteur des services centraux de l'ARS de Coimbra pour la SMI/PF, Coimbra

Maria de Sourdes Calvao Borges

Pédiatre, Directrice des services médicaux de la Santa Casa de Misericórdia, Libonne

Maria Manuela Santos Neto

Infirmière de santé publique, Direction générale de soins de santé primaires, Lisbonne

Maria do Rosario Silva Horta

Infirmière de santé publique, centre de santé Bairro Alto, Lisbonne

ORGANISATEURS NATIONAUX

Dr Maria Purificação Costa Araujo

Service de santé maternelle et de planification familiale

Dr Teresa Telleria

Direction générale de soins de santé primaires et service de santé maternelle et de planification familiale

CONSEILLERS TEMPORAIRES DE L'OMS

Dr Michel Pechevis

Département des enseignements du Centre international de l'enfance, Paris
(France)

M. Denis Couet

Psychologue, Ecole nationale de santé publique, Rennes (France)

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Mlle Wadad Haddad (secrétaire)

Fonctionnaire régional pour la planification familiale, Bureau régional
de l'OMS pour l'Europe, Copenhague (Danemark)