

L'action éducative dans le cadre d'un bilan de santé familial

J. P. Deschamps¹ et Geneviève Deschamps², Nancy

Introduction

Les «bilans de santé» (multiphasic health screening) connaissent aujourd'hui une grande vogue. On peut se demander si leur développement correspond à un besoin réel et si leur efficacité est à la mesure des investissements consentis.

Mais l'évaluation ne peut se référer qu'aux objectifs qu'ils se sont vu fixer. S'agit-il de bilans de dépistage («check-up») d'affections infra-cliniques susceptibles d'une prise en charge immédiate? Le résultat, dans nos pays, risque d'être décevant, et mieux vaut peut-être laisser cette tâche aux services de santé traditionnels, plus à même d'assurer un suivi. S'agit-il de déceler des «risques» susceptibles de peser, à long terme, dans le déterminisme de maladies d'évolution prolongée (obésité, artériosclérose, bronchite chronique, etc.)? [1]. Toute une pathologie dite «de civilisation» trouverait là un mode d'approche intéressant (il y en a peu qui soient satisfaisants), à condition de manier les concepts d'une façon tout à fait différente de ce que nous a appris la clinique traditionnelle: c'est une nouvelle sémiologie, clinique ou biologique, et une nouvelle démarche médicale qu'il faut concevoir; on a pu ainsi parler de «médecine prédictive». Il y a là de grandes promesses pour la santé publique, mais aussi nécessité d'être prudent: la richesse des données épidémiologiques récentes ne doit pas masquer la difficulté des programmes de prévention, et il est audacieux de vouloir mettre au jour les problèmes qu'on n'aurait pas le moyen de résoudre.

S'agit-il enfin, et cet objectif inclut les deux précédents, de ménager dans la vie des individus ou des communautés, des *temps forts pour la promotion de la santé*? La santé est trop souvent partagée, morcelée, entre les spécialistes de diverses disciplines. Le concept de santé familiale et communautaire se heurte, dans la pratique, à la pulvérisation des responsabilités. Comment dès lors permettre à chacun, à chaque famille ou à chaque groupe, de «prendre en charge sa propre santé», selon un vocable à la mode?

Le bilan de santé peut être un moment de synthèse, de «recollection» d'éléments épars dans la vie de chacun, l'occasion de faire le point, de poser les problèmes en suspens, de mettre en place ensemble (usagers et professionnels) une «stratégie de santé» adaptée aux besoins.

Le contexte du bilan de santé, s'il est suivi d'un entretien de synthèse, offre indiscutablement, une occasion unique pour le médecin d'agir autant sur les attitudes et les futurs comportements que sur les connaissances; le groupe familial, unité opérationnelle du Centre nancéen de médecine préventive, en est à la fois l'interlocuteur habituel et la cible privilégiée.

Dans cette démarche se trouve sans doute l'une des justifications les plus solides des bilans de santé: on comprend que l'action éducative en constitue l'élément fondamental.

I. Bilan de santé, moment privilégié de l'éducation pour la santé:

L'expérience relatée ici est celle de praticiens ayant participé à la création et au fonctionnement d'un Centre de Médecine Préventive dans une grande ville de l'est de la France: cet établissement, conçu pour pratiquer des bilans de santé familiaux, a déjà été décrit dans «Médecine Sociale et Préventive» [4]. Nous ne reviendrons pas sur son organisation et les grandes lignes de son fonctionnement, rappelant seulement que, tout au moins dans les six premières années de fonctionnement, celles dont il sera fait état ici, le bilan avait les caractéristiques suivantes:

- bilan familial (parents, enfants de plus de 4 ans, éventuellement ascendants ou collatéraux)
- structure en deux demi-journées, séparées par un intervalle d'une semaine
- première demi-journée: recueil des informations (examens, questionnaires...)
- deuxième demi-journée: entretien familial de synthèse avec un médecin généraliste.

Il faut examiner en quoi ces dispositions privilégient une démarche éducative.

1. La disponibilité de la famille

Le bilan de santé suppose que deux demi-journées entières, auxquelles s'ajoutent parfois des temps de trajet assez longs, soient consacrées par l'ensemble de la famille aux différents examens qui le constituent.

En aucune autre circonstance, il n'est possible à tous les membres d'une famille de donner, en dehors de contextes pathologiques précis, autant de temps à une action de santé la concernant. Il serait fâcheux que ce temps ne soit occupé que par la succession d'une série de procédures technologiques ou d'interviews, subies

¹ Médecin. Chef de Clinique. Faculté de Médecine Université de Nancy. BP 1080, F-54019 Nancy Cedex, France

² Médecin. Centre hospitalier régional. Service de Médecine infantile Nancy, F-54019 Nancy Cedex, France

sans que les éléments n'en soient englobés dans une vision synthétique de l'état de santé et des conséquences à en tirer.

En effet, l'application de procédures d'examen relativement sophistiquées, pratiquée avec sérieux et dans une ambiance agréable, intéresse les patients, surpris même que leur santé puisse donner lieu à un tel travail d'analyse. *La disponibilité est ainsi créée*, par la conjonction du temps nécessaire – et accepté –, et de la motivation positive: l'expérience montre que dès lors la *réceptivité* est grande à l'égard de tous les problèmes abordés touchant à la santé.

2. La disponibilité du médecin

Lors de l'examen et de l'entretien dits «de synthèse», le médecin dispose en moyenne de 35 à 40 minutes par patient, c'est-à-dire, pour un couple accompagné de 3 enfants, d'une durée totale de 3 heures environ. Trois heures, hors de tout contexte pathologique, pour s'entretenir des antécédents, du mode de vie, des problèmes posés, ou de ceux qu'a révélés la première partie du bilan, pour dresser enfin avec la famille un «plan de santé», représentent pour le médecin une occasion rare de contact et d'action éducative.

3. Un cadre nouveau et neutre

On a souligné déjà l'intérêt soulevé par un mode d'approcher les problèmes de santé peu familier du public, et l'effet favorable que cela entraîne – il est certain que la généralisation des bilans de santé entraînerait un risque de routine qui supprimerait une partie de la réceptivité ainsi créée. Plus que d'autres structures de prévention (centre de santé maternelle et infantile, cabinet du médecin du travail), par sa globalité, par son caractère familial, le centre de bilan de santé apparaît comme un «*haut-lieu de santé*». Le fait que le bilan soit suivi d'un contact du médecin de synthèse avec le médecin de famille, pour assurer la continuité et le suivi, contribue à en faire un *temps fort* dans l'histoire de la santé de la famille.

Enfin, l'absence de «maladie», qui demanderait une réponse précise, et capterait l'intérêt des patients – et du médecin –, occultant tous les autres problèmes, crée à l'égard de la santé une ambiance plus que neutre: franchement positive.

II. L'action éducative à travers le déroulement des examens

1. Bien avant la visite médicale de synthèse, la *première demi-journée du bilan*, avec sa succession d'examen et de questionnaires, a un impact éducatif, pour les raisons soulignées plus haut, et par l'*ambiance* dans laquelle elle se déroule.

Ainsi, par exemple, *pour l'enfant*, le cadre a été conçu de façon à être le moins anxiogène possible. L'architecture, la lumière, le choix des couleurs et de l'équipement ont été voulus radicalement différents de ceux des structures sanitaires traditionnelles. Un grand nombre d'examen, même très spécialisés (tests

psycho-moteurs, examens stomatologiques, tests d'acuité visuelle, etc.) se déroulent dans un vaste local non cloisonné, où des secteurs d'activité sont matérialisés par le mobilier ou par des éléments mobiles de cloisons à mi-hauteur. A chaque fois que cela a été possible, les examens ont été conçus de façon à rappeler à l'enfant son activité ludique: beaucoup de tests utilisés sont en fait des jeux.

Cette option n'a pas été prise dans le seul but de rassurer l'enfant, de faire qu'il se sente à l'aise et se montre coopérant. Elle a aussi une ambition pédagogique, celle de montrer à l'enfant et à sa famille que la santé, et les actions qui lui sont attachées, ne sont pas quelque chose de différent de la vie quotidienne, mais un élément du quotidien, qui s'intègre naturellement dans le mode de vie et l'environnement habituel de l'enfant.

Chez l'enfant toujours, deux points importants sont approfondis au cours du bilan: il s'agit de l'hygiène bucco-dentaire, et de l'alimentation.

L'examen bucco-dentaire est suivi d'une éducation à l'hygiène dentaire, faite par une hygiéniste dentaire, spécialement formée à cette tâche par la Faculté de Chirurgie Dentaire de Nancy. Chaque enfant bénéficie d'un entretien avec explication du rôle de l'hygiène et des soins dentaires, et apprentissage de la technique de brossage. Il est remis à chaque enfant une brosse à dents et l'enfant réalise le premier brossage sous la surveillance et avec les conseils de l'hygiéniste dentaire. Pour beaucoup d'enfants, la brosse à dents remise lors du bilan est la première qu'ils possèdent...

L'investigation nutritionnelle est associée avec une éducation alimentaire réalisée par une diététicienne. L'enfant est placé dans une situation de jeu lui permettant d'exprimer ses choix alimentaires. Plusieurs méthodes sont actuellement utilisées: d'une part un «*libre service*» d'alimentation où l'enfant «*fait son marché*» selon les instructions données, d'autre part, pour les plus grands, un jeu de cartes représentant les différentes variétés d'aliments, à choisir pour figurer les menus d'une famille. Le choix de l'enfant est contrôlé par la diététicienne, et l'exercice est refait après que les explications aient été données sur les groupes d'aliments, la notion d'équilibre alimentaire, etc. Ces méthodes sont en cours d'évaluation.

La diététicienne prend tout particulièrement en charge les enfants atteints de surcharge pondérale, ou dont les parents sont obèses, et procède alors à un entretien avec les parents. Elle intervient également à la demande des médecins de synthèse lorsque ceux-ci ont constaté dans une famille des erreurs alimentaires ou un risque nutritionnel élevé.

Le déroulement du bilan enfin, pour éviter aux patients l'impression d'un «travail à la chaîne», laisse un peu de temps libre que les familles utilisent à la lecture d'une documentation d'éducation sanitaire mise à leur disposition (et qui, en d'autres circonstances, est peu consultée), ou à la visite d'une exposition permanente sur les maladies cardio-vasculaires.

III. L'entretien familial de synthèse:

1. L'attente des familles

La seconde partie du bilan de santé est en général attendue avec impatience par les familles désireuses de connaître les résultats des examens subis la semaine précédente. Certaines, rares il est vrai, ne viennent que pour «chercher les résultats», se montrant, au départ, réticentes à une rencontre avec un médecin, tandis qu'à l'opposé, d'autres familles voient d'emblée dans cette visite l'occasion d'aborder des problèmes, parfois soigneusement colligés sur un papier, et habituellement laissés en suspens faute de temps et surtout d'interlocuteur. L'attente des patients vis-à-vis de l'entretien de synthèse est extrêmement variable, moins à cause de la diversité des problèmes de santé, qu'en raison de l'idée qu'ils se font d'un entretien médical.

Il est frappant de constater à quel point la disponibilité du médecin et sa capacité d'écoute sont à cet égard fondamentales: famille, couple, adulte, adolescent, enfant même, chacun ne se sentira autorisé à approfondir et à élargir l'entretien avec le médecin que dans la mesure où il y sera progressivement invité par lui. Témoin cette réaction d'un jeune couple venu simplement «chercher les résultats» et dont de graves difficultés conjugales se sont, après un long et patient cheminement, révélées être à l'origine des troubles fonctionnels présentés par la jeune femme: alors que le médecin qui avait largement dépassé le temps imparti pour l'entretien tentait de mettre le couple sur la voie du conseil conjugal, mieux placé pour poursuivre le travail, il s'est entendu répondre: «Mais alors, si l'on n'est pas ici pour aborder ces problèmes, pourquoi sommes-nous venus, et avec qui voulez-vous que nous en parlions?»

L'essentiel de l'action éducative du médecin de synthèse consiste non pas à donner aux familles des conseils, souvent plus ou moins connus, concernant leur santé présente ou future, mais à savoir apprécier l'attente et la disponibilité profonde de chacun, ses possibilités de changement liées à sa personnalité, à la situation familiale, ou professionnelle, à des données matérielles dont certaines sont parfois difficilement modifiables: de quelle efficacité pourraient être les explications diététiques prodiguées à une femme obèse, qui, en mangeant, se console de l'abandon de son conjoint; ou les conseils de repos fournis à un ouvrier travaillant la nuit à l'usine et arrondissant les gains par du «travail noir» le jour, afin de pouvoir payer la maison, durement acquise, symbole de réussite de sa vie. Face à un jeune de 30 ans, qui, gros fumeur, présente des signes d'irritation bronchique chronique, mais déclare tout de go qu'il se «moque de l'avenir», la seule action éducative ne sera-t-elle pas d'avoir à son égard une attitude d'accueil qui facilitera plus tard la rencontre avec le médecin, lorsque le besoin se fera pressant?

Le déroulement de l'entretien de synthèse, dialogue tout à fait original et propre à chaque famille, est pourtant presque stéréotypé.

La famille arrive avec une certaine attente, exprimant spontanément des demandes et des besoins très variables. En premier lieu, toutes les familles désirent évidemment connaître les résultats des examens, être rassurées sur leur normalité. Souvent s'y ajoute une demande d'explication sur la signification, l'importance, l'intérêt de chacun d'entre eux, allant d'une simple curiosité technique jusqu'au besoin insatiable de réassurance du sujet anxieux ou pusillanime. La demande d'information et surtout d'évaluation des traitements passés ou en cours est habituelle. Nombreux sont les patients qui ont choisi de surseoir au démarrage d'un traitement, à une consultation spécialisée, pour demander auparavant l'avis du médecin qui les voit en bilan. Tous les maux atypiques, jugés peu importants, pour lesquels on ne veut pas aller voir le médecin spécialement, sont alors exposés. Les risques du tabagisme, de cancer, de maladies cardio-vasculaires, surtout en cas d'antécédents familiaux, constituent des questions très habituelles, chacune signifiant une sensibilisation, donc une possibilité d'action éducative.

La santé des enfants tient une large place parmi les demandes spontanées. Tous les problèmes habituels de comportement (nervosité, inattention, difficultés scolaires ou de caractère, troubles de l'appétit, etc.) sont le plus souvent spontanément avancés et pourront en général, plus avant au cours de l'entretien, être rapprochés de leur vraie cause. Les troubles somatiques, hormis des craintes telles que, par exemple, un retard de croissance, ne tiennent qu'une faible place dans les préoccupations des parents.

Les adolescents, que certains médecins ont l'habitude de voir avant les parents, afin qu'ils ne sentent peser sur eux aucun a priori, ont des demandes bien spécifiques. Ils posent leurs questions par écrit en remplissant un questionnaire lors de la première visite. Il est remarquable de constater que le jeune ne renouvelle en général pas spontanément par oral la question posée précédemment par écrit; mais il est tout à fait satisfait de la voir abordée par le médecin. Une information sur la contraception est très fréquemment demandée, surtout par les jeunes filles. Les thèmes de discussion souhaités par les jeunes sont d'ordre très général: le sens de la vie, la mort, la signification de la santé, les maladies incurables... On sent là, plus qu'un besoin d'information, un besoin de dialogue qu'il est malheureusement souvent difficile de satisfaire, faute de temps. Il y a parfois contradiction violente entre les désirs des parents et la demande exprimée par l'adolescent: que faire pour cette adolescente de 16 ans, qui avait sur le questionnaire demandé une information sur la contraception et est arrivée, escortée d'une mère rigide refusant que sa fille voie, seule à seule, un médecin – femme pourtant –, afin qu'on «n'aille pas lui parler de contraception ou d'histoires de ce genre»? Pour la plupart des adolescents et préadolescents, c'est la première occasion de rencontrer un médecin seul et hors d'un contexte de maladie, d'acte médical agressif

ou de visite médicale collective. Cette situation a en elle-même une valeur éducative certaine.

Plus avant, la découverte de la disponibilité du médecin, en temps et en écoute, amène la famille à poser des questions qu'elle n'osait aborder pour des raisons diverses: par crainte ou par pudeur; parce qu'elle ne les situait pas comme des besoins de santé; ou simplement parce qu'elle ne s'y sentait pas autorisée, ayant peur de prendre trop de temps au médecin. A ce stade, le médecin doit très souvent accepter une agressivité passagère de l'un ou l'autre membre de la famille, qui à la fois souhaite aller plus loin, mais redoute de s'engager dans une voie dont il sent qu'elle risque de remettre en cause certaines attitudes de vie. Parfois aussi, il faut l'aider à dépasser la déception ressentie devant un bilan «normal», surtout lorsque cela n'autorise pas à rattacher à un élément objectif, à une «maladie», des malaises qui le plus souvent n'ont aucun support organique. Le passage à un niveau de réflexion plus profond est là particulièrement nécessaire, à la fois pour que ces familles ne vivent pas ce bilan comme un échec, et parce que, bien guidées, elles deviennent le plus souvent extrêmement ouvertes à une action éducative.

Ces barrières rompues, l'entretien entre dans une seconde phase indispensable à une action valable et durable. Il est à noter que si les patients n'ont pas été invités à ce dialogue, la visite de synthèse s'arrête très rapidement avant de parvenir à ce stade, et que n'ayant pas l'habitude d'aller plus avant dans la réflexion sur la santé et le dialogue avec le médecin, les familles ne semblent pas même en ressentir le besoin.

2. *Éléments de réponse*

La connaissance approfondie de la dynamique familiale d'une part, le climat de confiance instauré entre les patients et le médecin d'autre part sont deux conditions indispensables à la poursuite de l'entretien. Elles seules permettent d'espérer que les réponses apportées aux problèmes de la famille soient adaptées à ses besoins et puissent être entendues par elle. La reprise à un niveau de réflexion plus avancé des problèmes déjà posés vient alors presque naturellement: les troubles organiques ou fonctionnels sont alors situés à leur juste place, rapprochés le plus possible de leur origine réelle. C'est alors, aussi, que l'on voit abordées des questions aussi fondamentales pour l'équilibre familial que les difficultés conjugales, la contraception, les problèmes éducatifs et affectifs concernant les enfants. L'obésité, les troubles du comportement des enfants etc., tous ces sujets dont on sait combien leurs racines sont en général profondes, trouveront des éléments de réponses, fragmentaires certes, mais non superficiels. C'est parfois d'elles-mêmes que les familles remettent en question certains aspects de leur mode de vie, notamment en ce qui concerne l'alimentation et l'activité physique. Parler permet aussi de balayer de nombreux «faux-problèmes»: combien de parents par

exemple, imaginent que les petits troubles du comportement de leurs enfants relèvent d'une pathologie mentale...

Il est remarquable de constater à quel point, une fois le climat de confiance instauré, l'immense majorité des familles est avide de parler, d'être écoutée. Comment ne pas ressentir un choc devant cette réflexion d'une famille «sans problème», bien insérée dans la vie: «Nous n'avons jamais personne avec qui parler de toutes ces choses». Il faut cependant veiller à ne pas soulever des problèmes que la famille n'est pas en mesure d'assumer. C'est alors seulement que l'action éducative proprement dite trouve sa place. En fonction des possibilités matérielles, de la disponibilité personnelle de chacun, le médecin pourra proposer ou encourager des modifications de comportement. Les propositions faites aux familles doivent correspondre, non pas forcément aux priorités objectivement reconnues par le médecin, mais à celles ressenties et acceptées par elles.

La disponibilité des patients permet d'aborder des faits n'ayant qu'un rapport plus ou moins lointain avec la situation présente: ne prenons pour exemple que l'information sur l'allaitement maternel fournie à cette mère d'un bébé de trois mois qui regrettait amèrement de n'avoir pu le nourrir et espérait bien avoir cette possibilité lors de sa prochaine grossesse; ou encore l'avidité de connaissance de ce couple dont la jeune femme débutait une troisième grossesse indésirée, n'ayant reçu pour tout conseil de contraception après la précédente, que la recommandation de «faire attention». Les conseils de prévention classique trouvent également au cours de cette visite une oreille particulièrement attentive: mise à jour et poursuite des vaccinations, nécessité d'une hygiène dentaire, etc. Ils seront d'autant mieux acceptés qu'ils seront assortis d'explications dont la banalité n'apparaît lassante qu'au médecin.

La répétition des éléments d'information et des conseils, tout au long de l'entretien, est indispensable à la fois pour parvenir à bien les imprimer dans l'esprit de l'interlocuteur et pour s'assurer que le message a été reçu et non déformé. Il est à cet égard intéressant de pouvoir apprécier l'impact, au niveau familial, de l'action éducative commencée auprès des enfants par la diététicienne et l'hygiéniste dentaire. Tantôt très intéressés, parfois incrédules et moqueurs, jamais hostiles, les parents ont été sensibilisés par les enfants et sont mieux préparés à accepter l'action du médecin. Souvent, celui-ci les emmènera voir eux-mêmes l'hygiéniste dentaire ou la diététicienne. L'intervention de cette dernière permettra alors de concrétiser la démarche personnelle d'une famille qui, avec le médecin, vient de prendre conscience de la nécessité de modifier ses habitudes alimentaires.

L'examen médical, notamment celui de l'enfant, pratiqué en fin d'entretien est souvent l'occasion pour le médecin de prévenir certaines inquiétudes des parents: expliquer à des parents que le genu valgum d'un petit

enfant n'est pas une anomalie, permettra par exemple d'éviter une consultation de spécialiste.

Il est bien évident que chaque visite familiale ne se déroule pas dans un ordre chronologique aussi net. Procéder à un bilan de santé familial évoque la reconstitution d'un puzzle dont il faut bien savoir que certaines pièces sont très difficiles à placer et dont d'autres manqueront. Son but est avant tout d'aider la famille à prendre conscience, d'une part des éléments qui détermineront dans l'avenir l'état d'équilibre qu'est la santé, et d'autre part, du fait que c'est d'elle-même et de chacun de ses membres que dépend le maintien de cet équilibre que beaucoup, dans un questionnaire rempli après la visite de synthèse, définissent en ces termes: «être bien dans sa peau».

IV. Evaluation

Il n'est pas aisé d'évaluer une action éducative diffuse au sein d'une prestation aussi diversifiée qu'un bilan de santé familial. De fait, il faut reconnaître que la mise en place du programme ne s'est pas accompagnée de la mise en place des outils d'évaluation nécessaires, et que, faute d'indicateurs de résultats valables, on ne peut utiliser qu'une évaluation des moyens.

L'application de procédures éducatives spécifiques (hygiène dentaire, éducation nutritionnelle) a été réalisée systématiquement, toujours bien acceptée par les usagers et par les personnes chargées de la mettre en œuvre. On a même pu montrer pour ces techniques, malheureusement à trop court terme, des changements de comportement, non seulement de la part des enfants à qui elles avaient été appliquées, mais également de la part de familles entières.

Le rôle d'éducateur sanitaire joué par le médecin de synthèse a posé des problèmes plus délicats. Il s'agit, pour les médecins, d'un travail nouveau, frustrant à certains égards par rapport à la pratique traditionnelle et qui demande une formation spécifique et une supervision constante: l'expérience a montré qu'il existait sur ces deux points une certaine faiblesse.

Si la disponibilité des familles a été acquise dans la quasi-totalité des cas, celle du médecin n'a pas toujours suivi. Un quart environ des médecins de synthèse n'a pas utilisé complètement le temps dont il disposait, se contentant alors d'un examen rapide et d'un bref commentaire des résultats des différents examens. D'autre part, savoir se rendre disponible, savoir écouter, ne relèvent pas forcément d'une formation à la relation. Il

est vraisemblable que les critères de sélection pour un tel travail doivent être particulièrement sévères, notamment en ce qui concerne les capacités relationnelles.

Notons enfin que l'acceptation par les familles a toujours été satisfaisante, ainsi que le révèlent les témoignages oraux spontanés et la réponse, à la fin du bilan, à un bref questionnaire écrit d'évaluation.

Résumé

La pratique des bilans de santé s'étend de plus en plus. Ces bilans peuvent constituer, de façon complémentaire des objectifs qui leur sont usuellement fixés, des *temps forts* dans l'histoire de la santé des individus et des groupes, supports d'une action éducative privilégiée. A partir de l'expérience d'un Centre de bilans de santé familiaux, les auteurs montrent comment le déroulement même du bilan crée des conditions favorables pour l'éducation de la santé. L'entretien familial de synthèse, originalité propre à l'expérience présentée ici, constitue une occasion unique, pour les familles, de poser leurs problèmes de santé, et pour le médecin de susciter des changements de comportement. Ce type d'action éducative est exigeant pour le médecin, qui doit recevoir une formation particulière et avoir une bonne capacité d'écoute et de relation.

Summary

Health education in the framework of a family multiphasic health screening

Multiphasic health screening an increasingly used preventive tool, may represent major milestones in health natural history of individuals as well as groups (in addition to their own specific goals) in terms of basis for a preference educational action.

Based on their own experience in such a screening Center in France working mainly with families, the operating of the health screening itself is shown by the authors to offer a nice back up for health education.

The concluding talk with families, specific to this Center's policy yields a unique opportunity for all family members to ask questions on their health problems, as well as for each physician involved to promote changes in their health behaviour. This kind of educational action is exacting for the physician, who has to be able to hear and to communicate easily, and who has to be specifically trained for it.

Bibliographie

- [1] Deschamps, J. P., Risques dans l'enfance, pathologie chez l'adulte. In: Journées Parisiennes de Pédiatrie, Flammarion, Paris, 1975, pp. 361-367.
- [2] Deschamps, J. P., Réflexions sur la place des bilans de santé de l'enfant dans la prévention. *Rev. Ped.* 13, 123 (1977).
- [3] Deschamps, J. P., Le bilan de santé de l'enfant au Centre de Médecine de Nancy-Vandœuvre, *Rev. Ped.*, 13, 141 (1977).
- [4] Senault, R., Poulizac, H., et Deschamps, J. P., Le bilan systématique de santé dans le cadre familial. *Méd. Soc. Prév.*, 20, 169 (1975).