

UN CAPITAL A PRESERVER

Un guide de la médecine préventive. Encore un, direz-vous. C'est vrai qu'on imprime beaucoup de papier sur ce thème, que tout le monde a sa petite idée sur la question, et que pas mal de gens, et pas seulement des médecins, y vont de leur petit couplet.

"La santé, un capital à préserver" rentre dans ce cadre de manière plutôt traditionnelle. Cet ouvrage, réalisé sous la direction de deux compatriotes, les Drs. Pec et Peeters, offre un vaste panorama des risques existant dans différents domaines, et des réponses que peut y apporter la médecine préventive, qu'il s'agisse d'empêcher l'apparition de la maladie (prévention primaire) ou de la découvrir à temps (prévention secondaire). Y sont abordés les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies spécifiques de la femme, les maladies de la peau,

les maladies chez l'enfant, etc. Chaque chapitre constitue ainsi une synthèse sur une affection ou une série d'affections.

Pratiquement tous les textes ont été rédigés par des médecins. On peut s'en étonner, étant donné que les tendances récentes de la réflexion en santé publique ne limitent plus la prévention à la seule médecine préventive. Il est d'ailleurs symptomatique de constater que, dans les adresses utiles en rapport avec l'éducation pour la santé, ne sont répertoriés que trois organismes belges, la Croix-Rouge de Belgique, l'ONE, et .. l'Institut Européen d'Ecologie et de Cancérologie (sic). C'est faire peu de cas de tous les autres, et ils sont fort nombreux.

La santé, un capital à préserver, sous la direction de E.-G. Peeters et L. Pec, Les Editions de l'Homme, 1984, 326 p., 690 FB. Distributeur en Belgique : VANDER, avenue des Volontaires 321, 1150 Bruxelles. ■

On peut obtenir des renseignements complémentaires aux articles d'EDUCATION SANTE :

- en écrivant ou en téléphonant à INFOR SANTE, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles, tél. 02/230.78.90 (postes 267 et 192) ;
- en consultant sur place la documentation disponible (matériel didactique, revues, presse). INFOR SANTE est ouvert du lundi au vendredi de 8 h.30 à 12 h. et de 13 h. à 16 h.

Rédacteur en Chef :	Jacques HENKINBRANT
Secrétaire de Rédaction :	Christian DE BOCK
Mise en page :	Theo DEBEER
	Christian DE BOCK
Editeur responsable :	Jean HALLET
Editeur scientifique :	Dr. Luk VAN PARIJS

CONDITIONS D'ABONNEMENT POUR 4 NUMEROS : 200 FB.

Prix au numéro : 60 FB.

Règlement par virement au compte 000-0079000-42 des Editions Mutualistes A.N.M.C., rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles, avec la mention "abonnement Education Santé".

EDUCATION bulletin trimestriel d'infor santé n° 20 sept.1984

SANTE

des actions d'infor santé tournai en p13



dans ce numéro :

REFLEXIONS

- Politique d'éducation pour la santé de la Communauté française p. 3
- Le comportement en matière de santé p. 9

INITIATIVES

- La médiathèque et l'éducation pour la santé p. 18
- Education pour la santé en maison de convalescence p. 19

MATERIEL

- Médicament ami ou ennemi ? p. 23

LU POUR VOUS

- Le chemin des écoliers p. 28

Dans notre éditorial précédent nous tirions le signal d'alarme pour des ASBL menacées d'asphyxie financière. En juillet, elles ont enfin obtenu les conventions qui vont leur permettre de survivre quelque temps encore. Nous commentons longuement dans ce numéro la politique de distribution des subsides du Ministre de la santé de la Communauté française. Nous doutons notamment de l'opportunité de dépenser des sommes qui permettent tout juste d'engager un personnel ne disposant d'aucun moyen d'action sérieux. Les ASBL qui occupent ce personnel ont-elles d'ailleurs un autre but que d'obtenir des subsides ?

Quant à ceux qui font vraiment de l'éducation pour la santé, qui en font même sans subsides mais pourraient faire mieux avec subsides, nous leur rappelons qu'il est temps de préparer leur demande pour 1985. Nous sommes prêts à leur indiquer les démarches à faire.

Un exemple de subsides utilisés efficacement est présenté dans ce numéro : il s'agit de la constitution d'une collection "éducation pour la santé" de la vidéothèque de la médiathèque de la Communauté française. En effet, celle-ci dispose déjà d'une infrastructure administrative, d'un réseau de diffusion, d'un public, etc. La même somme confiée à une a.s.b.l.-croupion aurait permis d'engager une personne, de l'installer dans un bureau et ... d'attendre les subsides de l'année suivante.

Ici l'initiative sera opérationnelle à relativement meilleur compte, et dans un délai plus rapproché. Il ne restera plus alors qu'à attendre ou susciter la demande du public ...

Ce compte-rendu est constitué d'une quarantaine d'articles de longueur et d'intérêt inégaux. Tel quel, il n'en constitue pas moins une bonne base d'information pour les enseignants et les étu-

diants, les travailleurs sociaux, les travailleurs de la santé ...

Les assuétudes, édité par I. Pelc, Editions de l'ULB, 1983, 312 p., 595 FB.■

LA PRESCRIPTION EN MAISON MEDICALE

L'Union Nationale des Mutualités Socialistes vient de mener une enquête auprès de médecins généralistes travaillant en maison médicale francophone afin de collecter les habitudes de prescription dans ces maisons médicales.

Le travail a été organisé de la façon suivante : 26 médecins travaillant dans 8 maisons médicales francophones ont enregistré pendant 10 jours tous les actes posés à domicile et au cabinet.

Tableau XVII : Part des hommes et des femmes par classe d'âge dans la prescription de tranquillisants.

	Hommes		Femmes		Total
	Nbre absolu	%	Nbre absolu	%	
- de 30 ans	8	2,6	14	4,5	22
30 - 49 ans	28	8,9	45	13,7	73
50 - 64 ans	33	10,5	59	18,8	92
65 ans et +	35	11,2	93	29,7	128
Total :	104	33,2	209	66,7	313

On peut se rendre compte d'après ce tableau que les femmes à tous les âges, mais particulièrement quand elles sont plus âgées sont les plus grandes consommatrices de sédatifs. Peut-être est-ce la conséquence de la solitude particulièrement fréquente chez les femmes de cet âge ?

Lors de la discussion des résultats avec les médecins ayant participé à l'enquête, ceux-ci ont été assez étonnés de leur prescription importante de ce type de médicament. A l'analyse il semble qu'il y ait de la part des malades une demande importante, demande immédiate et même demandée à la fin d'un long dialogue singulier. Bien souvent il n'y a pas d'alternative à la prescription de tranquillisants et il est très difficile de désinduire le médicament. De plus, il y aurait une mobilité importante de ce type de clientèle, de sorte que la prise en charge psychologique à long terme est extrêmement difficile à réaliser et que le médecin est assez facilement amené à prescrire des médicaments.

A titre d'exemple des données fournies par cette intéressante étude, nous reproduisons ici le tableau et les commentaires au sujet des sédatifs/tranquillisants, qui sont les plus prescrits après les antidouleurs-anti-inflammatoires.

Pour l'ensemble, on a enregistré 2.312 consultations, soit en moyenne 9 consultations par jour.

Trois malades sur quatre quittent la consultation avec une prescription de médicaments. Comparativement à des relevés faits ailleurs, notamment en France, le nombre de médicaments prescrits est peu élevé, 1,8 pour un nouveau cas, 2,4 pour un ancien cas.

Les prescriptions de médicaments ont été analysées par sexe et par âge. On observe aussi que la pathologie la plus rencontrée par les médecins généralistes des maisons médicales est de loin la pathologie cardiovasculaire, suivie par la pathologie nerveuse chez les femmes et respiratoire chez les hommes.

Il ressort de cette enquête que les attitudes de prescriptions sont très différentes d'un médecin à l'autre et d'une région à une autre région.

En effet, la prescription varie selon la philosophie médicale individuelle, la formation, la durée de vie médicale et le temps consacré au malade, ainsi que selon la personnalité de la clientèle.

On remarque que les médecins voyant un petit nombre de malades posent des actes autres que curatifs, demandent davantage d'examen spéciaux et donnent plus de conseils que les médecins recevant beaucoup de malades.

La comparaison de maisons médicales de régions différentes montre qu'il n'existe pas une façon stéréotypée de pratiquer la médecine mais plutôt une philosophie générale de la pratique médicale.

Dr. J.L. PESTIAUX, Enquête de prescription en maison médicale, UNMS, mars 84, 37 pages.■

DES "RELAIS PROFANES EN SANTE" ?

Le GERM (Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine) vient de publier un rapport concernant une expérience pédagogique de formation de "relais profanes en santé" (1).

L'expérience a consisté à réunir et à former des volontaires féminines non professionnelles de santé - baptisées les "Madame Santé" - afin de les armer à devenir, dans leur entourage et dans les sections locales de leur mouvement, des personnes "relais" susceptibles de sensibiliser autrui à certaines questions concrètes et de guider leurs pairs dans leur recherche quotidienne de solutions à divers problèmes de santé. Ces relais n'ont bien entendu pas pour rôle de se substituer aux médecins, mais d'intervenir en marge des interventions médicales, soit pour attirer l'attention des bien-portants sur certaines possibilités de prévention soit pour consolider le savoir de base des patients en ce qui concerne le fonctionnement de leur

corps et le processus de certaines affections. Pour le GERM comme pour Vie Féminine, c'est en améliorant le bagage des profanes que l'on a le plus de chances de construire également une relation de confiance et de coopération plus marquée entre le médecin et le malade.

Les objectifs de cette expérience de formation, son déroulement et son évaluation sont décrits en détail dans le rapport.

Nous ne pouvons qu'applaudir à cette initiative qui s'inscrit dans la même ligne que les formations assurées depuis trois ans par Infor Santé sur les thèmes des antidouleurs (81-82), des antibiotiques (82-83) et, récemment, du sommeil (83-84), qui avaient pour objectifs de former des profanes à l'animation de groupe sur ces sujets relativement techniques mais malgré tout maîtrisables.

(1) C. CAPET, "Former des relais profanes en santé. Rapport et évaluation d'une expérience pédagogique", Cahier du GERM, n° 176/177, 1984, 56 pages, 220 FB (publication diffusée dans certaines grandes librairies ou disponibles chez l'éditeur : rue du Gouvernement 29, 1000 Bruxelles, tél. 02/219.67.66).■

LES ASSUETUDES

Voici quelques années, l'ULB organisait un cycle de conférences sur ce qu'on appelle maintenant les assuétudes, c'est-à-dire les états de consommation, de dépendance, d'accoutumance rapportés à diverses substances. A l'heure actuelle, ce terme est préféré à celui de "toxicomanies". Sous le vocable général des assuétudes, on vise plus particulièrement l'alcool, le tabac, les médicaments et les dro-

gues. Bien sûr, il faut distinguer ici les substances illicites des substances licites, celles dont un usage correct est possible (alcool) voire

recommandé (médicaments) et les autres (tabac, drogue), bref il faut nuancer quand on place des éléments fort divers sous une même rubrique.

L'ouvrage "Les assuétudes", qui reprend les interventions faites lors du cycle de conférences, contient un très grand nombre d'informations fort utiles, statistiques de consommation, morbidité, législation, facteurs sociaux et psychologiques, et ce pour chacune des substances étudiées.

On propose aussi des pistes dans le domaine de l'éducation des jeunes.

REFLEXIONS

"Il n'y a donc pas de saupoudrage, mais une intention délibérée de multiplier les personnes et les pouvoirs organisateurs actifs en éducation sanitaire et d'empêcher le développement de grandes campagnes coûteuses". On ne peut pas cependant parler d'éparpillement car la coordination se fait dans au moins 11 commissions de coordination thématique ainsi que au sein de l'APES (coordination concernant les institutions), de la Médiathèque de la Communauté française (concernant les documents) et des commissions sectorielles de coordination (au niveau local-régional).

Notre point de vue.

POLITIQUE DE LA COMMUNAUTE FRANCAISE EN EDUCATION POUR LA SANTE

Si vous voulez connaître cette politique, lisez l'article "Efficacité et cohérence en éducation à la santé" paru dans le bulletin d'information de la Mutualité Socialiste, "DOCUMENTS" (n° 29, mars-avril 1984). Le Dr. E. MINTIENS, du cabinet du Ministre Urbain y répond à 11 objections qui "ont été saisies au cours de conversations".

Certaines de ces objections ayant été formulées dans nos colonnes, il nous semble intéressant de présenter ici les principaux arguments du Dr. MINTIENS et de préciser notre point de vue sur certaines questions.

OBJECTION N° 1 : "L'argent utilisé en éducation à la santé est saupoudré".

Synthèse de la réponse du Dr. MINTIENS :

Pour être efficace, l'éducation pour la santé doit être "intégrée" au niveau du premier échelon. Au contraire, les grandes "campagnes" ponctuelles sont inefficaces. La "dispersion" des subventions correspond à la dispersion des agents qui peuvent mener cette action intégrée.

- Plutôt que d'opposer les "grandes campagnes" et l'éducation sanitaire intégrée, nous préférons les considérer comme complémentaires, les unes étant plus aptes à sensibiliser et préparer les opinions au changement, l'autre étant plus nécessaire pour entraîner des changements durables des comportements.

- La dispersion et la multiplication n'entraînent pas automatiquement une éducation intégrée, pas plus que le passage par "grandes organisations" n'est synonyme de "grandes campagnes".

La dispersion des moyens peut très bien avoir pour résultat une multiplication de petites "grandes campagnes" tout comme il est possible que l'éducation à la santé soit intégrée au premier échelon des grandes institutions (consultations ONE, permanences administratives et sociales des mutuelles, groupes locaux de Vie Féminine, etc.).

- Avec plus de 11 commissions de coordination, ceux qui pratiquent à la base une éducation intégrée plurithématique ne savent plus où donner de la tête.

OBJECTION N° 2 : "Il n'y a pas de politique dans l'attribution des subventions en éducation à la santé".

Réponse du Dr. MINTIENS (in extenso) :

"La politique adoptée peut ne pas plaire ou ne pas convenir. Mais, il y en a une.

Principes directeurs :

1).

Multiplication des pouvoirs organisateurs actifs en éducation à la santé.

L'opposition vis-à-vis de la concentration et de la centralisation ne répond pas à un principe démagogique ou abstrait.

La réduction hypothétique des initiatives en E.S. à quelques pouvoirs organisateurs siégeant dans la capitale, condamne le développement universel et intégré de la pratique de cette discipline.

Or, l'Éducation à la Santé ne deviendra efficace (comprendre : les comportements ne se modifieront) que si cette discipline devient suffisamment répandue et intelligente (comprendre : intégrée à l'enseignement, évaluée et adaptée en permanence en fonction des résultats) pour atteindre ses objectifs : pour rappel, 80 % des fumeurs savent combien le tabac nuit à leur santé ; 90 % des élèves savent qu'ils devraient se brosser les dents matin et soir, et pourtant ...

2)

Chaque année, dans la mesure où le budget le permet, entérinement, encouragement et soutien de quelques initiatives nouvelles sur le terrain dans des domaines importants non encore pris en charge.

3)

Soutien aux institutions qui créent un secteur d'activités en éducation à la santé.

Même si ces initiatives étaient opportunistes, les personnes engagées pour faire de l'éducation à la santé deviennent très vite compétentes.

4)

Soutien à des associations ou à des centres entièrement ou partiellement actifs en éducation à la santé surtout s'ils sont provinciaux, car les initiatives y sont plus rares.

5)

Coordination :

a) de toutes les initiatives du même thème (ex. tabac, alcool, drogue, médicament, prévention en santé mentale, alimentation, périnatalité, éducation affective, accident).

b) de l'ensemble des actions réalisées dans un secteur : celles-ci sont prévues grâce à la reconversion de l'ancienne Oeuvre Belge de lutte contre la tuberculose. Cette association va désormais constituer des commissions sectorielles dans chaque province.

6)

Promotion qualitative par le Conseil méthodologique, l'évaluation et l'enseignement par l'entremise d'une association (l'APES) et d'un groupe interfacultaire appelé à créer des cycles d'enseignement complémentaire adaptés aux trois principaux niveaux d'enseignement.

7)

Promotion de messages audio-visuels et constitution de la collection en éducation à la santé de la Médiathèque de la Communauté française".

Nos réactions.

- Une politique d'attribution des subventions devrait s'appuyer sur une politique d'éducation pour la santé, dont il n'est nullement question ici.

LES ENFANTS ET LA PUBLICITE TELEVISEE

Voilà assurément un sujet tarte à la crème, sur lequel on a déjà beaucoup écrit, sans toutefois s'appuyer sur des données incontestables.

Le CRIOC (Centre de Recherche et d'Information des Organisations des Consommateurs) vient de publier à ce propos un ouvrage intéressant, basé à la fois sur la littérature existante et sur une étude expérimentale en collaboration avec l'INUSOP (Institut Interuniversitaire de Sondage de l'Opinion Publique).

Certains auteurs, comme ROSSITER, affirment que le contact répété de l'enfant avec la publicité télévisée l'aide à développer sa capacité d'analyse et de critique de ce type de communication. Thèse reproduite avec une certaine complaisance par les milieux professionnels de la publicité, on s'en doute.

L'enquête sociologique réalisée par le CRIOC permet de soutenir le contraire.

De quoi s'agit-il ?

La recherche du CRIOC et de l'INUSOP peut être présentée comme une mesure d'influence à court terme de la publicité sur des enfants de 2ème et 4ème primaire, au moyen de spots publicitaires connus.

Trois groupes d'enfants ont été établis, répartis dans différentes écoles de tout le pays :

- le groupe contrôle, soumis à des dessins animés sans spots publicitaires ;
- le premier groupe expérimental, soumis à des dessins animés précédés de spots publicitaires ;
- le second groupe expérimental, soumis à des dessins animés précédés et interrompus par des spots publicitaires.

Résultats des courses : ce sont les enfants du second groupe expérimental qui sont le moins à même de mettre en valeur le but profond de la publicité. Loin d'être mieux "éduqués" par la publicité, ils ont au contraire un esprit moins critique que leurs camarades confrontés moins souvent à la publicité télévisée.

La recherche confirme alors plutôt la thèse de PIAGET, qui dit que la compréhension des enfants est liée au processus de développement lui-même lié à l'âge.

La différence Nord-Sud.

Dans cette matière (comme dans beaucoup d'autres !), les petits flamands et les petits francophones ne réagissent pas de la même manière. Les seconds sont beaucoup plus sensibles à la publicité que les premiers. Il faut dire qu'ils sont également beaucoup plus visés, notamment à cause de RTL, très populaire chez les enfants.

De manière générale d'ailleurs, les petits francophones sont beaucoup plus assidus que les petits flamands devant leur TV, 130 minutes par jour environ pour les uns contre 50 minutes pour les autres.

De plus, les petits flamands restent attachés à la BRT (60 % en 1982), sans publicité, alors que les francophones ont "choisi" RTL (50 % contre 18 % à la RTBF en 1982), et ses écrans publicitaires.

Une mine de renseignements.

Toutes ces données sont extraites de "Les enfants et la publicité télévisée". Ce petit bouquin contient des tas d'autres informations aussi intéressantes, et qui passionneront tous ceux qui veulent se tenir au courant des habitudes de consommation (au sens large) de notre société. Il sera sûrement lu aussi avec profit par les publicitaires !

Les enfants et la publicité télévisée, CRIOC-Vie Ouvrière, 1984, 153 p., 295 FB. ■

LES PREMIERS SOINS

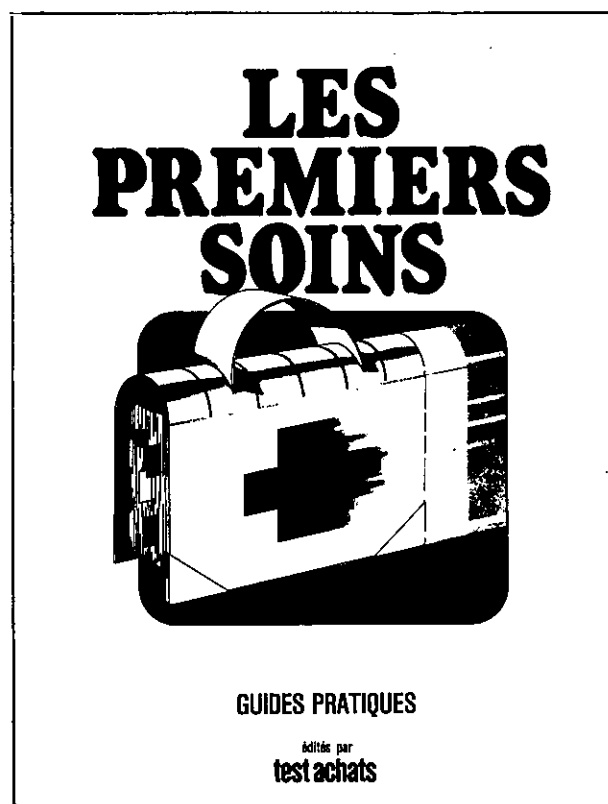
Votre enfant a bu du détergent ... votre époux avale de travers et prend une couleur bleuâtre ... vous êtes mordue par un chien, la plaie s'infecte ... Un accident de la route vient de se produire : le conducteur est blessé au thorax et est inconscient ... Que faire ? Qui appeler ? Comment traiter une victime en état de choc ou présentant de graves brûlures ... Que faire si votre voisine accouche subitement et que vous n'avez pas le temps d'appeler un médecin ou de la conduire à l'hôpital ? ... Ou encore, que faire en cas d'hémorragie, d'arrêt cardiaque, d'électrocution, de convulsions, de syncope ou d'insolation ? ...

Le sort d'un accidenté dépend souvent du secours que lui apportent les témoins de l'accident. Il faut agir, avec rapidité certes, mais aussi avec compétence, utilement mais sans en faire de trop, les bonnes volontés maladroitement faisant parfois plus de tort que de bien.

"Les Premiers Soins" s'adresse à toutes les personnes qui, témoins d'un accident, désirent faire le nécessaire pour aider les victimes en attendant l'arrivée des premiers secours. Prendre le pouls, libérer les voies respiratoires, pratiquer la respiration artificielle, soutenir un membre fracturé, faire une piqûre, un pansement, etc. ... toutes ces manipulations sont clairement décrites dans ce guide qui cite les accidents de A à Z, explique pour chacun d'eux à quel signe reconnaître le danger, ce qu'il faut faire, comment le faire, et aussi ce qu'il ne faut pas faire.

Dans ce livre, Test-Achats accorde une attention particulière aux mesures préventives, sur la route et à la maison. Répétons-le : la plupart des accidents de la route sont dus en ordre principal à la vitesse, à l'inobservation de la priorité de droite et à l'alcool.

Quant aux accidents domestiques, 50 % d'entre eux sont dus à des fautes d'inattention ou à un manque de surveillance, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants. En Belgique, rien que pour l'année 1979, environ 24.200 enfants de 0 à 4 ans ont dû être hospitalisés d'urgence suite à un accident domestique : parmi eux quatre sur cent ont gardé un handicap majeur. On ne le dira jamais assez : le public n'appréhende pas suffisamment les risques potentiels de son environnement familial. D'où la nécessité, une fois de plus, d'informer pour prévenir.



Voilà pourquoi "Les Premiers Soins" parcourt, de la cave au grenier, l'itinéraire des risques domestiques : électrocution, brûlures, empoisonnement, coups et blessures. Voilà pourquoi également, un autre chapitre est spécialement consacré à l'enfant et aux accidents, non seulement les accidents survenant aux grands enfants mais également les dangers spécifiques auxquels les nourrissons et les petits sont exposés, l'accent étant mis, ici aussi, sur la prévention.

Les Premiers Soins, guide pratique Test-Achats, 1984, 125 pages, 430 FB. ■

- Principe 1 : le passage par quelques pouvoirs organisateurs siégeant dans la capitale mais disposant d'une structure décentralisée et de relais dans toute la Communauté française condamnerait non un développement universel et intégré de l'éducation pour la santé, mais bien le développement anarchique actuel.

- Principes 2 à 4 : on ne fait que répéter ici le premier principe, qui n'était déjà que le résumé de la réponse à la première objection. Mais quelles sont donc ces initiatives nouvelles, ces institutions, associations et autres centres actifs en éducation pour la santé qui bénéficient de ce soutien de la Communauté française ?

La liste des bénéficiaires ne faisant l'objet d'aucune publicité, les confidences de quelques-uns d'entre eux nous permettent d'estimer que, en dehors des subventions versées aux comités de coordination pluralistes, 80 % du budget est attribué à des organisations politiquement proches du Ministre, "même si ces initiatives étaient opportunistes" avoue d'ailleurs le conseiller du Ministre.

- Principe 5 : nous ne répéterons pas ici ce que nous avons dit dans un récent article intitulé "Comment organiser l'éducation pour la santé ?" (in Education-Santé n° 19). Rappelons seulement que le passage concernant la coordination thématique communautaire était sous-titré "une anarchie peu productrice". Par contre, la coordination au niveau d'un secteur géographique plus restreint nous semble répondre à un besoin.

OBJECTION N° 3 : "La Communauté subit passivement la demande et l'entérine par l'octroi des subventions ; ce n'est pas une politique".

Synthèse de la réponse du Dr. MINTIENS.

Plutôt que d'une attitude passive, il s'agit d'une attitude délibérée d'encouragement des initiatives à la base, car

"Le projet né de la base a infiniment plus de chance de survivre et d'aboutir qu'un projet catapulté par voie hiérarchique de haut en bas. Ce dernier ne bénéficie pas de l'ancrage sur le terrain nécessaire à la survie, et de la collaboration des personnes motivées qui s'en font les promoteurs et ont le pouvoir de convaincre grâce à leur propre conviction".

La France et l'Angleterre regrettent d'avoir centralisé l'initiative et concentré les personnes compétentes dans une institution unique spécialisée.

Les principes suivants sont appliqués dans la Communauté française :

- 1) encourager un maximum d'actions, même si chacune reçoit moins d'argent, car ce ne sont pas forcément les organisations disposant des plus grands moyens qui sont les plus efficaces.*
- 2) maintenir dans la mesure du possible les actions entreprises.*
- 3) pousser à la coordination.*
- 4) soutenir les efforts des organisations qui enseignent la méthodologie et donnent des conseils en matière d'évaluation.*

Nos réactions.

- On peut trouver de nombreuses bonnes raisons pour encourager les initiatives "à la base" plutôt que de soutenir l'action des "grosses" organisations. Il n'est pas nécessaire pour cela de caricaturer l'action de ces organisations. Celles qui ne fonctionnent qu'à coups de "projets catapultés par voie hiérarchique de haut en bas" sont évidemment condamnées à dépérir. Mais plusieurs grandes organisations sociales et d'éducation permanente bénéficient non seulement de "l'ancrage sur le terrain nécessaire à la survie", mais d'une structure tout aussi nécessaire à la survie d'un projet lorsque, par exemple, il faut "faire le pont" en attendant le renouvellement d'une convention ou encore pour assurer la continuité lorsque le responsable d'un projet se trouve défaillant.

Aux Mutualités Chrétiennes, par exemple, de nombreuses initiatives voient le jour au niveau local ou régional et les plus valables se répandent par contagion naturelle. Les projets nationaux ou communautaires, loin d'être "catapultés par voie hiérarchique de haut en bas", sont élaborés avec la collaboration de personnes motivées sur le terrain, testées au niveau local et/ou régional, et finalement les fédérations régionales restent parfaitement libres de participer ou non aux activités d'éducation à la santé élaborées et proposées à l'initiative des services du secrétariat national.

Le journal distribué à tous les membres n'est pas non plus "catapulté de haut en bas", puisque les fédérations rédigent elles-mêmes leurs deux pages régionales : elles disposent ainsi d'un soutien informatif supplémentaire pour leurs initiatives.

Bien entendu, les pesanteurs institutionnelles existent aussi et constituent un frein à l'initiative, mais cela ne suffit pas à faire admettre la caricature du monstre hiérarchique qui écrase la fleur de l'initiative à la base.

- Les 4 principes énoncés ici ne font que répéter ceux déjà exposés plus haut.

OBJECTION N° 4 : "L'addition d'actions ponctuelles ne constitue pas une politique".

Synthèse de la réponse du Dr. MINTIENS.

Les initiatives ponctuelles qui sont encouragées sont comme les morceaux d'un puzzle qui est en voie d'achèvement. Beaucoup d'entre elles sont prises ou suggérées par les autorités et s'inscrivent dans un organigramme cohérent, rationnel et extrêmement économique.

Notre réaction.

La cohérence et la rationalité des initiatives encouragées est vigoureusement af-

firmée par le Dr. MINTIENS. Il est heureux qu'il en soit convaincu, puisque, depuis plusieurs années, il est l'inspirateur de cette politique. Il peut donc affirmer que la cohérence de l'organigramme "a été établie par les initiatives successives des autorités et des services administratifs". Autrement dit : je l'ai fait, donc c'est bien fait !

OBJECTION N° 5 : "Ce n'est pas le nombre de personnes actives qui prime, c'est la qualité et l'importance des projets".

Synthèse de la réponse du Dr. MINTIENS :

Pour ce qui concerne l'éducation pour la santé intégrée, il faut qu'un nombre considérable de personnes subisse une formation complémentaire. La mise sur pied de cycles de formation est en cours.

Pour les projets non intégrés il y a un lien entre le nombre de personnes actives et la qualité : plus il y aura de projets, plus on aura de chances d'en trouver de bons. L'expérience et la formation permettront d'améliorer la qualité.

Notre réaction.

Le Dr. MINTIENS fait preuve d'un bel optimisme qui nous ferait sourire s'il ne risquait de dissimuler une répartition partisane des subsides. Une fois encore, le secret autorise tous les soupçons.

OBJECTION N° 6 : "La dépense de tout cet argent ne laisse pas de trace : c'est du gâchis".

Synthèse de la réponse du Dr. MINTIENS.

Tout comme la culture, l'éducation pour la santé est un domaine matériellement impalpable dont les bénéfices ne sont pas comptabilisables (du moins à court terme). La production de documents ne constitue pas un critère de qualité.

LA SANTE DANS LA MARMITE

Nous mangeons trop, trop de sucres, trop de graisses, mais aussi trop de viande. S'en rendre compte, c'est bien, essayer d'y faire quelque chose, c'est mieux ! Pour nous y encourager "La santé dans la marmite", un livre facile à consulter, et surtout pratique, puisqu'il ne propose pas moins de 618 recettes.

Dans une première partie les auteurs, Charles GERBER et le Dr. Jean NUSSBAUM, rappellent quelques notions de science alimentaire sous forme de question/réponse. Ce système a l'avantage de permettre au lecteur des contrôles rapides de ses connaissances sans avoir à tout lire.

Mais comment peut-on remplacer la viande ?

Ce n'est pas difficile, mais il est préférable de le faire progressivement, à moins d'indication médicale urgente. Les produits laitiers (lait et fromages), les légumes secs (haricots, lentilles, soja), les céréales et les fruits oléagineux (amandes, noix, noisettes) constituent de très bons aliments de substitution. On peut recourir aux oeufs, mais avec parcimonie.

Le régime ovo-lacto-végétarien, à prédominance de légumes et de fruits, s'il est bien compris, est amplement suffisant, au point de vue protidique, et il est, en même temps, sain et agréable (extrait p. 62).

Les recettes occupent ensuite les deux tiers du livre. Elles ont la particularité d'être végétariennes. Non que les auteurs rejettent totalement l'apport de protéines carnées ; mais,

comme ils en critiquent l'usage immodéré dans nos régions, ils suggèrent des plats qui en sont dépourvus.

A ceux qui souhaiteraient approfondir leurs connaissances théoriques, signalons "Le savoir-manger", chez le même éditeur, qui complète avantageusement "La santé dans la marmite". Jeanne MARTY y développe les règles d'une bonne diététique personnelle et familiale. La majeure partie du livre est consacrée aux informations de base pour "la pratique d'une alimentation heureuse".



"Le savoir-manger" met en valeur les vertus d'une alimentation pauvre en viande, sans être pour autant déséquilibrée. Une attention particulière est apportée aux fruits et légumes frais et secs, aux céréales complètes, aux produits laitiers, aux boissons. Les éléments minéraux et les vitamines ne sont pas non plus oubliés.

C. GERBER et Dr. J. NUSSBAUM, La santé dans la marmite, Vie et Santé-Horvath, 1983, 253 pages, + 560 FB.

J. MARTY, Le savoir-manger, Vie et Santé, 1983, 309 pages, + 800 FB.■

Ensuite, les auteurs nous donnent des conseils pratiques pour la réalisation du casse-croûte (hygiène, cuisson, préparation de sauces), avant d'en arriver aux recettes, à base de pain, ou de pommes de terre, ou de riz/pâtes.

Il y a pourtant un problème : à vouloir être trop précis, les auteurs compliquent considérablement leurs recettes et les rendent presque inaccessibles au public. En effet, chaque casse-croûte est proposé en 5 versions suivant que les besoins caloriques journaliers du mangeur sont de 1500, 1800, 2200, 2500 ou 3000 kcal. Imagine-t-on le ou la préposé(e) aux tartines d'une famille nombreuse préparer les casse-croûtes avec 25 g de poisson pour l'un et 40 g pour l'autre, avec 1/8 de fenouil pour le troisième et 1/5 pour le plus solide de la famille? C'est trop compliqué, surtout que certaines recettes exigent un travail de préparation non négligeable.

Cet excès de raffinement dans l'équilibre est dommage, car certains casse-croûtes mettent l'eau à la bouche. D'autre part, un système de signes simples permet de visualiser le coût et la facilité de préparation de chacune des recettes.

Outre le casse-tête des quantités et des explications techniques, chaque recette contient aussi des suggestions de boissons d'accompagnement et de dessert.

Malgré les réserves émises ci-dessus, "Le casse-croûte équilibré" est un bon exemple de diététique appliquée à la vie de tous les jours. Il ne reste plus qu'à trouver des utilisateurs motivés.

Le casse-croûte équilibré, par J. ABSOLONNE, Cl. BAETS et V. COUSIN, Institut Paul Lambin, Clos Chapelle-aux-Champs 43, 1200 Bruxelles, 1983, 110 p., + 300 FB.

Ex. Salade américaine (p. 85)

++ en iode, vitamines A et B₂

Bilan énergétique journalier	1500 kcal	1800 kcal	2200 kcal	2500 kcal	3000 kcal
Casse-croûte	460 kcal	495 kcal	650 kcal	665 kcal	820 kcal
Ingrédients	quantités	quantités	quantités	quantités	quantités
Pomme de terre	1 1/2 pce	1 1/2 pce	1 1/2 pce	2 pces	2 pces
Oeuf	1/2 pce	1 pce	1 1/2 pce	1 pce	2 pces
Tomate	1 1/2 pce	1 1/2 pce	1 1/2 pce	1 1/2 pce	2 pces
Céleri en boîte	1 1/2 cās	1 cās	2 cās	1 1/2 cās	3 1/2 cās
Dignon	1 cāc	2 cāc	2 cāc	2 cāc	2 cāc
Emmenthal	0	1/6 tr.	1/6 tr.	1/3 tr.	1/6 tr.
Vinaigrette au yaourt	1 1/2 cās	2 cās	2 1/2 cās	2 1/2 cās	3 cās
Mayonnaise au fromage blanc	0	1 cāc	1 cāc	1 cāc	1 1/2 cāc
Laitue	-	-	-	-	-

Préparation

Couper les tomates en rondelles. Couper le céleri, les pommes de terre (et le fromage) en cubes. Cuire l'oeuf dur et le couper en quatre. Sur un lit de laitue, disposer les tomates, puis le céleri ; assaisonner de poivre et de jus de citron. A côté, ajouter les pommes de terre et arroser de vinaigrette. Disposer ensuite l'oeuf garni de mayonnaise.

Compléments

Boisson : jus de fruits au BE 2200 et 3000 kcal ; jus de légumes au BE 1500, 1800 et 2500 kcal.

Dessert : 3 speculoos ; 4 speculoos au BE 2200, 2500 et 3000 kcal.

Les bénéficiaires des subventions doivent en général contribuer largement au financement des activités. Il n'y a donc pas "gâchis" mais au contraire valorisation des investissements consentis.

Notre réaction.

- Il est effectivement très délicat de juger des résultats globaux de toutes ces activités éducatives. Ne pourrait-on au moins demander à chaque organisme subsidié de rédiger un rapport d'activité annuel ? La publication de ce rapport permettrait à chacun de profiter de l'expérience des autres.

- Ecrire que l'éducation pour la santé ne se prête pas facilement à l'évaluation est un peu facile et inexact. Il est possible d'évaluer les bénéfices des programmes tant au niveau de l'acquisition de connaissances, de changements d'attitude que de modifications de comportement. Mais il faut en avoir les moyens et surtout la volonté.

On comprend aisément que dans le contexte actuel de distribution des subsides, l'auteur répugne à s'engager dans cette voie.

OBJECTION N° 7 : "Si l'on soutient chaque année les mêmes programmes, il existe un danger de voir s'installer la routine".

Synthèse de la réponse du Dr. MINTIENS.

Le système d'attribution des conventions, dont le renouvellement annuel n'est pas automatique, empêche de tomber dans la routine. C'est une des raisons pour lesquelles il n'y a pas lieu de changer dans l'immédiat le mode d'attribution des indemnités et des subventions.

Notre réaction.

En effet, ce système a du bon. Cependant, il condamne les organismes qui ne disposent pas de ressources propres (tels que les comités de coordination thématiques créés à l'initiative du Dr. MINTIENS).

OBJECTION N° 8 : "Les subventions sont demandées par des institutions en manque d'argent qui se précipitent dans le dernier créneau où elles croient qu'il y en a".

Synthèse de la réponse du Dr. MINTIENS.

Cela contribue finalement à l'intégration de l'éducation pour la santé aux activités du premier échelon.

Notre réaction.

Nous sommes d'accord sur ce point.

OBJECTION N° 9 : "Il ne faut soutenir que les actions sérieuses et profitables".

Synthèse de la réponse du Dr. MINTIENS.

Les projets peu sérieux - tout à fait exceptionnels - une fois écartés, qui peut dire qu'une action n'est pas profitable et en fonction de quels critères (mortalité, morbidité, coût, souffrance humaine ?)

Notre réaction.

Il est vrai qu'on ne peut évaluer l'efficacité d'une action qu'en fonction d'objectifs donnés. Ne pourrait-on imaginer que, avec l'aide de son Conseil consultatif de la prévention et de l'éducation pour la santé, le Ministre définisse certaines priorités ? Les organisations qui présenteraient des projets s'inscrivant dans ces priorités pourraient bénéficier de subventions plus importantes.

OBJECTIONS 10 ET 11 : "Les actions en matière d'éducation pour la santé ne sont pas perçues par le public parce qu'elles sont insuffisantes ou pas assez spectaculaires".

Synthèse de la réponse du Dr. MINTIENS.

Il serait prématuré de travailler en termes de "grandes campagnes".

1) L'ensemble du budget actuel (64 millions en 83) ne suffirait qu'à mener une seule campagne par an (en comparaison avec VIA SECURA : 70 millions et Ligue Cardiologique Belge : 45 millions).

2) Une action sous forme de "grandes campagnes" nécessite de pouvoir s'appuyer sur un réseau de structures travaillant en bonne intelligence, réseau qui fait actuellement défaut. En attendant, il vaut mieux :

- former beaucoup de gens ;
- encourager des expériences ;
- améliorer la qualité et l'enseignement de l'E.S. ;
- encourager la coordination.

Nos réactions.

Une mise au point tout d'abord : renseignements pris à la source, la Ligue Cardiologique Belge dépense moins d'un million par an pour son action d'information et d'éducation. On est loin des 45 millions ! L'auteur fait preuve de beaucoup de légèreté. On serait en droit d'attendre qu'il cite ses sources lorsqu'il fait référence à d'autres organisations, d'autres pays, l'OMS, etc.

Il faudrait cesser d'opposer systématiquement "grandes campagnes" et "éducation pour la santé intégrée". Si on se contentait de cette dernière, un adulte non malade n'aurait guère l'occasion de bénéficier de cette éducation. Par contre, on sait que les messages de masse n'entraînent guère de changements de comportement durables. Cependant, ils peuvent influencer les attitudes (opinions, sentiments, intentions ...) et préparer le terrain pour une action plus personnalisée qui pourra se faire au niveau des services du premier échelon.

Il existe des supports et des réseaux qui pourraient permettre des campagnes importantes à un coût très modéré. Nous pensons notamment aux journaux de mutuelle, qui touchent plus des 3/4 de la population, aux réseaux scolaires, à la RTBF, aux radios locales et TV communautaires, etc. Malheureusement, les structures de coordination actuelles (essentiellement thématiques) contribuent plus à la dispersion qu'à une véritable coordination.

Nos conclusions.

- A défaut d'une politique d'éducation pour la santé, il est intéressant d'apprendre qu'il existe bien une politique de subsidiation en éducation pour la santé qu'on peut schématiquement résumer comme un encouragement à la multiplication des initiatives qui contribuent à l'intégration de l'éducation pour la santé aux services du premier échelon.

- La publication des programmes, budgets et rapports des actions subsidiées permettrait de juger de la façon dont cette politique est concrètement appliquée.

- Nos lecteurs auront compris qu'ils peuvent eux aussi bénéficier de cette politique de subsidiation.

Le Dr. MINTIENS a rédigé une excellente notice expliquant la façon d'introduire une demande de subvention et le cheminement du dossier de demande : nous en adresseront une copie aux organisations qui en feront la demande.

(N.B. : le budget 84 étant probablement épuisé, les demandes ne pourront porter que sur l'exercice suivant).■

Test-Achats a consulté la littérature scientifique la plus récente et soumis ses conclusions à des experts qualifiés : chimistes, médecins nutritionnistes et diététiciens. Les études et les résultats de tests récents ont également été très utiles.

Le livre passe d'abord en revue les différents éléments indispensables à une alimentation équilibrée (protides, glucides, fibres alimentaires, phosphore, potassium et magnésium, pour n'en citer que quelques-uns), décrit ensuite les quantités optimales nécessaires à chacun en fonction de son âge, de son type d'activité, des conditions climatiques et éventuellement de l'état de santé. Un chapitre est consacré aux additifs, un autre aux intoxications alimentaires. La seconde partie du livre passe en revue les différents groupes alimentaires en indiquant clairement les caractéristiques de chacun d'eux, la législation qui les concerne et leur valeur alimentaire.

Les deux derniers chapitres traitent des aliments diététiques et naturels et de la législation alimentaire.

Rappelons pour terminer que Test-Achats a également publié l'an dernier un manuel intitulé "Les aliments de A à Z" où vous trouverez toutes les indications nécessaires pour mettre en pratique les principes généraux qui sont longuement développés ici.



Les deux ouvrages sont ainsi parfaitement complémentaires.

Alimentation et Santé coûte 440 F. On peut se le procurer au siège de Test-Achats, rue de Hollande 13, 1060 Bruxelles, tél. 02/537.42.65, ou en librairie.■

Nombre de publications apportent des réponses. Parmi elles, "Le casse-croûte équilibré" centré sur le repas de midi, le repas-tartine. La brochure se vaut résulument pratique, puisqu'elle offre pas moins d'une cinquantaine de recettes.

Intellectuellement et diététiquement, la conception du travail est irréprochable. Une première partie explique que nous avons besoins d'énergie pour vivre, que nos besoins énergétiques varient en fonction de plusieurs facteurs (âge, activités, poids), qu'on trouve cette énergie dans notre alimentation.

CASSE - CROUTE EQUILIBRE

L'alimentation équilibrée, il n'y a que ça de vrai, tout le monde est d'accord. Mais comment y arriver, quelles sont les règles, quelles sont les recettes (au propre comme au figuré) ?

Leurs moyens de défense propres : leur famille, leurs relations personnelles, leur réseau d'informations et d'entraide. Leur état d'esprit les incite à vérifier d'expérience la qualité d'un produit plutôt que de se référer à la lecture de revues spécialisées. Pour la majorité des jeunes travailleurs, leur principal adversaire dans la consommation, c'est l'Etat.

Le jeune se fait un avis à partir de ses expériences personnelles ou de celles de ses amis. La diversité et la dispersion des expériences ne favorisent pas une prise de conscience de ce qui pourrait ou devrait changer à l'échelle de la vie collective, des loisirs ou de la consommation.

Par conséquent, des actions pédagogiques ne manqueraient pas d'utilité. Mais les différences de situations sociales, les diverses caractéristiques culturelles de chaque groupe de jeunes travailleurs, nécessiteront de les adapter à chacun de ces publics.

Les jeunes travailleurs et la consommation. Analyse qualitative et quantitative des jeunes sortis de l'école âgés de 14 à 21 ans. Par Pierre GREGA et Danielle RUQUOY avec la collaboration de Daniel BODSON. Sous la direction scientifique des professeurs François MARTOU et Jean REMY (UCL), 381 p., 650 FB.■

ALIMENTATION ET SANTE

Test-Achats vient de publier un livre intitulé "Alimentation et Santé" qui est la réédition, entièrement revue, largement complétée et actualisée, de son guide pratique sur l'alimentation qui datait de 1975.

Plus que jamais notre santé dépend - en grande partie - des aliments que nous absorbons quotidiennement. On constate d'ailleurs dans nos pays riches un accroissement de maladies et de malaises dus à l'excès ou au mauvais usage des denrées alimentaires. L'organisme humain réagit aux mauvais traitements que lui inflige trop souvent notre ignorance ou notre laisser-aller. Ces réactions sont de plus en plus rapides, de plus en plus graves et de plus en plus lourdes de conséquences.

Les progrès de l'agriculture et l'accroissement des récoltes sont dus,

entre autres, à l'utilisation nouvelle de toute une gamme de produits : engrais, pesticides, fongicides, herbicides, etc. Ces produits se retrouvent en proportions plus ou moins importantes dans les plantes et les animaux que nous mangeons et ils risquent éventuellement de porter préjudice à la santé. D'autre part, notre manière de vivre se modifie : personne n'a plus le temps de choisir longuement ses achats ; on réclame des fraises en hiver ou des raisins avant la saison. Les industriels de l'alimentation mettent au point des méthodes de production, de transformation et de conservation qui impliquent l'usage d'additifs de toutes sortes.

Face aux producteurs, le consommateur désarmé doit s'interroger. Y a-t-il vraiment des pesticides dans le lait, des antibiotiques dans le poulet, du mercure dans le poisson ? Pouvons-nous parler de "pollution dans notre assiette" ? Si oui, est-ce dangereux et à quel point ? Les instances responsables exercent-elles un contrôle efficace ? Quels sont les micro-organismes toxiques ? Nombre de légendes circulent qui font les beaux jours des prophètes du retour à la nature. Mais la légende n'est pas la réalité : comment savoir ? ... Voilà quelques-unes des questions auxquelles ce livre répond. Tout ce qui y est dit a été soumis à une critique rigoureuse.

LE COMPORTEMENT EN MATIERE DE SANTE

Le comportement est au centre des préoccupations dans le domaine de l'éducation pour la santé, dans la mesure où on admet généralement que le but ultime de cette discipline est de modifier certains comportements à risque dans le sens d'une meilleure santé. Ce processus implique à la fois des groupes et des individus.

Dans les lignes qui suivent, nous réfléchissons aux normes comportementales dans le domaine sanitaire et à certains facteurs qui les conditionnent. Nous verrons aussi des composantes du processus de modification des comportements, et certains éléments expliquant pourquoi les changements ne sont pas aussi simples ou rapides qu'on peut parfois le souhaiter. Nous terminerons par quelques conseils à l'adresse des travailleurs de la santé désireux d'œuvrer en éducation pour la santé.

Les formes de comportement

Le comportement peut être défini comme une réponse significative d'une personne à une situation. Cette réponse est constituée d'un ensemble de divers composants : connaissances, idées, intérêts, compétences, attitudes, valeurs, émotions.

Le comportement de santé sera dans cette perspective tout comportement d'une personne s'estimant en bonne santé et orienté vers :

- le maintien de cette bonne santé (ne pas fumer, manger équilibré, faire de l'exercice) ;
- la détection précoce des facteurs de risque et/ou des symptômes de maladies (par ex. dépistage du cancer).

Déterminants du comportement

Toute forme de comportement est influencée par des facteurs externes, qu'ils soient socio-culturels ou d'environnement matériel. Il y a aussi des facteurs propres à l'individu.

Milieu socio-culturel.

Personne n'échappe à des groupes ou systèmes ayant leur structure sociale et leur culture propres. Par structure sociale, on entend un réseau complexe de relations dans lequel le comportement d'un individu est en relation avec celui des autres, peut en être influencé ou l'influencer en retour. Ce comportement "social" est nourri des activités de personnes en interaction réciproque.

Par culture, on entend ici les valeurs créées et transmises, et les convictions qui leur sont liées en tant que facteurs donnant une forme au comportement humain.

L'être humain se développe dans un système social donné. Il apprend à s'adapter à son groupe en adoptant le comportement attendu et approuvé par ce dernier : c'est la socialisation. Il est évident que le comportement en matière de santé se développe dans ce cadre, qu'il s'agisse de consommation d'alcool ou de tabac, des habitudes alimentaires, de l'hygiène, ... L'individu possède plusieurs groupes de référence qui peuvent avoir de l'importance quant à son comportement de santé : la famille, les amis, le milieu de travail, les associations, etc.

Il existe au sein de ces groupes de référence des individus sur lesquels l'être humain calquera plus facilement son comportement. Ainsi, placé en situation de prendre une décision en rapport avec un problème de santé, l'individu se référera à des gens ayant vécu ou vivant une situation similaire. Par exemple, on a constaté que les femmes enceintes ont tendance à rechercher d'autres femmes enceintes et/ou des "mères" pour contrôler leurs propres opinions, perceptions et comportements.

De même, il est établi que les 12 - 15 ans sont fort influencés par leurs pairs dans le domaine des habitudes alimentaires, du sommeil, du tabac et de l'alcool.

Chaque individu remplit plusieurs rôles sociaux aux règles définies. Un rôle social comprend l'ensemble des attentes sur le comportement effectif d'une personne qui se trouve dans une situation particulière. Les rôles liés aux phénomènes de santé et de maladie influencent incontestablement la manière dont l'individu peut réagir. Ainsi en est-il par exemple du rôle de patient, quasiment érigé en norme jusqu'il y a peu. On attend du patient une grande dépendance, une déconnexion des responsabilités familiales et professionnelles, une participation au processus de guérison et l'acceptation de la douleur et plus généralement de l'inconfort de sa situation.

Les comportements de santé et de maladie subissent aussi l'influence des convictions et valeurs ambiantes en rapport avec ces états. Il existe un gouffre entre la vision "scientifique" moderne de la maladie qui interprète cette dernière comme un ensemble d'éléments susceptibles d'être analysés et de faire l'objet d'un traitement, et de l'approche traditionnelle de certains qui considèrent la maladie comme une punition, comme par exemple en cas de maladie vénérienne.

L'environnement matériel.

Le milieu (habitation, alimentation, moyens de transport, services de santé) a un impact considérable sur le comportement de santé ou de maladie. D'une part, il définit dans une large mesure les possibilités d'action de l'individu dans ces domaines. D'autre part, les conditions matérielles peuvent orienter le comportement dans certaines directions (consommation excessive de substances nocives par exemple).

Perception individuelle des problèmes de santé.

Des facteurs environnementaux ne peuvent expliquer le comportement à eux seuls.

Un élément d'appréciation important est la manière dont l'individu aborde et interprète subjectivement les problèmes de santé.

Le changement de comportement sanitaire

L'intervention éducative a souvent pour but d'aider à développer des formes particulières de comportement ou de changer des comportements existants. Souvent il s'agit de "désapprendre" un comportement et d'en apprendre un autre.

Evidemment, un objectif impliquant une modification restreinte d'habitudes existantes est plus facile à atteindre que s'il s'agit d'un changement radical.

La modification de comportement sur base d'un apprentissage se produit en plusieurs étapes et sur une certaine durée. Le désir d'apprendre est provoqué par un besoin, un manque, un problème, une nécessité apparaissant à l'individu dans une situation donnée. En découle une certaine insatisfaction, qui pousse l'individu à trouver des solutions e.a. au niveau comportemental. Ainsi l'individu est-il mûr pour apprendre.

Ce processus est décrit par Lewin en trois parties :

Unfreezing : développement de l'intention de changer ou d'apprendre en relation avec le problème ;

Moving : étudier par quels moyens le problème peut être abordé ;

Refreezing : appliquer la solution trouvée, et la consolider comme nouvelle forme de comportement.

Un exemple pour expliciter ce modèle. Un gros fumeur se sent moche, et est de plus en plus gêné par sa toux. Il décide d'arrêter de fumer (unfreezing). Il constate que c'est loin d'être aussi simple qu'il le croyait. Il cherche des trucs, des moyens, il demande conseil à d'anciens fumeurs (moving). Il arrête, et commence à se sentir mieux ; quelques jours plus tard, la toux disparaît, le goût des choses réapparaît. Ces effets peuvent renforcer ce comportement (refreezing).

7. Le jeune "consommateur novice".

C'est un apprenti. A la différence du consommateur démuné, s'il est encore à l'écart du monde du travail, il vit avec l'espoir d'y entrer. Il provient généralement d'un milieu ouvrier. Il habite chez ses parents, ce qu'il perçoit comme un avantage pour des raisons pratiques et matérielles.

Il est plus jeune que les autres (moins de 18 ans) et gagne moins de 10.000 F. par mois.

Par l'exercice d'un métier, il espère "réussir", "montrer ce dont il est capable". Pour son emploi futur, il est prêt à se priver, à épargner (ex. pour s'acheter des outils). Sa double dépendance (à l'égard de sa famille et de son patron) ne lui pèse pas trop puisqu'elle se justifie pour son avenir et qu'elle est temporaire.

Il est sensible aux nouveautés, aux consommations "jeunes" (chansons à la mode, magazines de jeunes). Par des boulots occasionnels (entretien de voiture, soirées "sono"), il se fait un peu de fric, ou dans d'autres cas, il reçoit un peu d'argent de poche. Sur cette base, il peut avoir accès à certaines consommations (dancing, vêtements). Tout en étant axé sur le travail, il aime sortir, s'amuser. Selon lui, la meilleure défense contre la consommation, c'est celle qu'il prend en charge lui-même.

Conclusion : quelles perceptions de la consommation ?

Pour le jeune travailleur, le mot "consommation" a peu de sens. Il n'a jamais été le client de la consommation, mais il a été, il est et il sera le client d'un disquaire, d'une banque, d'un supermarché. Pour chaque cas, il a accumulé des informations qui vont orienter ses pratiques de consommation.

Cette expérience qu'il vit de manière isolée l'incite à penser que c'est chacun qui détient le pouvoir de consommer et qui décide de la manière de consommer.

Mais être client d'une banque ou d'un magasin suppose aussi l'usage de l'argent. Le jeune prend conscience de l'importance de l'argent, d'autant plus qu'il ne le reçoit plus de ses parents. Ainsi, une préoccupation apparaît à l'avant-plan : celle d'avoir de l'argent et donc d'accéder à un emploi.

La relation à ses parents se modifie par l'accès à un salaire. Nombre de jeunes habitent encore chez leurs parents qui continuent à veiller à l'intendance (nourriture, logement, habillement). Mais les relations entre générations changent. Le jeune gagne sa vie. Il devient même parfois une aide. Il a un autre statut dans la famille. Il ne doit plus tout autant se justifier pour l'argent qu'il dépense. Il bénéficie aussi de nouvelles libertés dans ses déplacements et fréquentations.

C'est surtout lorsqu'il quitte son milieu familial d'origine que son mode de consommation se modifie.

Les conditions de vie du jeune, aux plans du travail et de la famille, ont un impact important sur sa consommation.

Quelles que soient ses valeurs, le jeune expérimente la consommation comme un domaine où il peut se différencier ou marquer son appartenance à un groupe. Et cela répond d'autant plus à un besoin, là où le monde familial ou professionnel laisse peu de place à une réelle initiative.

Quelle défense du jeune travailleur consommateur ?

Quelques constatations préalables s'imposent. Les jeunes travailleurs ont

4. Le jeune "consommateur branché".

C'est un employé (vendeur, dactylo, rédacteur ...) provenant d'un milieu moyen et urbain. Il est généralement passé par l'enseignement secondaire mais a rarement poursuivi au-delà.

Comme le "consommateur détendu", il cherche à satisfaire ses besoins immédiats mais, plus autonome, il gère lui-même son revenu, indépendamment de ses parents. Il ne conçoit aucun projet pour l'avenir et épargne nettement moins.

C'est un ludique. Sa consommation est axée sur les plaisirs et les loisirs : vêtements à la mode, ciné, dancings, vacances ... Il s'aligne sur les modèles présentés par les media avec une nette attirance pour tout ce qui est "nouveau" et consommable immédiatement. Il considère ses moyens financiers comme insuffisants pour la réalisation de ses besoins.

Il ne peut se faire une image positive de lui-même à travers son travail (le travail, c'est pour le fric). Il cherche alors à se sentir lui-même et à être reconnu dans la consommation.

5. Le jeune "consommateur organisé".

C'est un employé ou un CST exerçant une activité plus intellectuelle que les autres. Il est plus âgé (20 - 21 ans), a terminé ses études secondaires et a parfois entamé le cycle supérieur. Ses parents proviennent d'un milieu moyen ou supérieur relativement aisé. Il gagne au moins 20.000 F. par mois.

Il définit lui-même ses centres d'intérêts en rapport ou non avec le travail. En fonction de cela, il peut choisir de suivre un cours du soir, de s'intégrer à un groupe,

d'épargner, Il apprécie la diversité dans les loisirs et ainsi pratique un peu de sport, va de temps en temps au ciné ou au dancing. Tout en étant critique vis-à-vis de la banque, il en est un grand utilisateur. Il se méfie du système commercial mais atteint un certain niveau de consommation par l'utilisation de divers moyens d'économie (achats en promotion, d'occasion ...). Il est un net partisan d'une défense des consommateurs.

6. Le jeune "consommateur démuni".

Ce qui définit ce type de jeune, c'est une donnée objective et d'actualité : il se trouve sans travail ou au chômage. Il n'a que peu l'expérience du travail. Son niveau d'études est très varié. Il est plutôt résigné que révolté et ne se permet aucun projet d'avenir précis.

Par nécessité, il habite chez ses parents et fait attention aux prix des produits. Son manque de moyens financiers (+ 10.000 F. par mois) ne l'empêche pas de s'intéresser aux nouveautés et aux objets de consommation "jeunes" (disques, chaînes Hi-Fi, magazines pour jeunes ...). Cependant, il achète peu et n'a pas la possibilité d'épargner.

Le vendredi soir ou le week-end, il le passe comme les autres avec les copains : c'est l'occasion de retrouver une insertion sociale perdue faute d'un emploi. La semaine, il la passe à s'ennuyer ou à une occupation qui justifie aux yeux des autres l'utilisation de son temps. Il souffre non seulement de ne pouvoir acheter des choses mais aussi de ne pouvoir "se prendre en mains", "vivre seul". Manipulant peu l'argent, il est plus moralisateur qu'efficace ("il ne faut pas gaspiller, acheter à crédit", "la banque, je ne connais pas").

Il faut probablement compléter ce modèle en rappelant que l'intention de changer (le vouloir-faire) ne suffit pas, même si on lui ajoute des moyens de changer, des instructions applicables par l'individu (savoir-faire). Avant d'agir, l'individu doit avoir le sentiment d'une certaine compétence (être capable de faire). Alors seulement on peut envisager la possibilité de faire échec à une certaine pesanteur due à l'environnement, et dont les promoteurs de programmes éducatifs ne tiennent souvent pas compte. Par exemple, pour notre exemple du fumeur, tout ce qui l'incite à continuer à fumer (habitudes, travail, publicité, ...).

Le rôle du travailleur de santé

Le travailleur a un rôle important à jouer dans la promotion de ces processus d'apprentissage : susciter l'intérêt pour des comportements sains, proposer des solutions, prévoir des récompenses.

Voici quelques éléments susceptibles d'influencer favorablement le processus d'apprentissage chez les individus désireux d'améliorer leur comportement de santé.

La participation.

Les gens apprennent mieux s'ils se sentent concernés. Le travailleur de santé se doit de n'être pas une figure dominante, mais d'offrir sa confiance à l'individu qui peut alors trouver avec lui des solutions et des alternatives. Les gens ne sont pas des récepteurs passifs, à qui on peut imposer les "bonnes" valeurs, les "bonnes" manières de penser, les "bons" comportements, n'en déplaise à certains partisans d'une éducation pour la santé "musclée".

L'ouverture.

Apprendre exige que les sentiments, les attitudes, les idées, les questions, les préoccupations des élèves puissent s'exprimer librement. Sinon, le processus d'apprentissage risque d'être freiné. Cette ouverture ne se produit

que dans une ambiance libre de toute pression psychologique. Il est certain que le travailleur de santé peut contribuer grandement à l'apparition de cette atmosphère favorable.

Le droit à l'erreur.

L'apprentissage implique de nouvelles expériences, l'inconnu. Cela signifie que des fautes peuvent être commises, mais cela doit être considéré comme une partie normale du processus d'apprentissage. Le progrès est à ce prix.

La communication et la confrontation.

Personne n'apprend dans la solitude et à l'écart des autres. On apprend aussi grâce à la rétroaction, à la réponse de son entourage. Si on désire que l'individu reçoive la possibilité de tester son comportement en fonction du cadre de référence des autres, alors il faut encourager la communication et la confrontation.

Les possibilités de choix.

Celui qui apprend doit avoir des possibilités de choix. Quand ni le temps, ni l'opportunité ne sont donnés de tester des alternatives, il se sent mal à l'aise ; il aurait alors l'impression qu'il importe plus de trouver une solution, n'importe laquelle, plutôt qu'une solution convenable. La prise en considération de solutions alternatives impose outre du temps une manière de travailler où il n'y a pas place pour des solutions hâtives.

Conclusions

Le comportement de santé ne peut s'éclairer uniquement à la lumière de facteurs extérieurs (les attentes de l'entourage, le milieu matériel). La personnalité et la subjectivité de l'individu (connaissances, attitudes, attentes, conceptions) sont un facteur important dans la détermination d'un comportement. Cela montre toute la complexité de n'importe quel comportement de santé. Tient-on assez compte de cette

complexité dans l'élaboration de beaucoup de programmes d'éducation pour la santé ? Cela n'est malheureusement pas sûr. Pourtant, l'efficacité des programmes et la persistance des effets positifs du travail éducatif dépendent en grande partie de la prise de conscience de cette réalité que nous n'avons

ici qu'effleuré.

(d'après un texte de Manu CLAES (sociologue), paru dans "G.O. Nieuws" 21, de mai 1984). ■

BIENTOT DU NEUF A INFOR SANTE



NOTRE MEDIATHEQUE-SANTE
SUR MICRO-ORDINATEUR

VIDEOTHEQUE - SANTE

PLUS DES TAS
D'AUTRES PROJETS ...

Vous en saurez plus
dans notre prochain numero !

1. Le jeune "consommateur détendu"

C'est souvent un ouvrier issu d'un milieu populaire. Il vit chez ses parents ou reste proche de sa famille d'origine. De son revenu (+ de 20.000 F.), il remet les trois-quarts à ses parents et dispose du reste comme argent de poche.

Pour lui, périodes de travail et loisirs sont complémentaires. Le travail le situe socialement et justifie à ses yeux le plaisir dans les loisirs (sorties, soirées, distractions, sports ...). Le travail, c'est utile et les loisirs, c'est sacré. Il tient à jouir encore de la vie avant le mariage.

Sa famille assume pour son compte une série de responsabilités (logement, tâches ménagères, gestion d'une grande part de son revenu et de son épargne). Une relative aisance financière lui permet d'orienter sa consommation vers des satisfactions immédiates (disques, matériel sono, moto, voire une voiture).

2. Le jeune "consommateur prévoyant"

C'est majoritairement un ouvrier ; son père l'était également. Il a fait des études professionnelles et, souvent, appartient à une famille nombreuse où il continue à vivre.

Son salaire (plutôt bas : 10 à 20.000 F. par mois) il en confie la gestion à ses meilleurs alliés, ses parents.

Il se consacre prioritairement à son travail et à son avenir. Il évite le vendredi soir "défoulement avec les copains" et préfère le passer en famille.

Les loisirs, avec les dépenses en temps et en argent qu'ils occasionnent, risquent toujours de compromettre son futur. L'épargne et le travail trouvent aussi leur sens dans la perspective : "mariage et nouvelle famille". Sont valorisés les loisirs qu'on occupe chez soi (TV, écouter des disques), et ceux qui présentent une utilité concrète (bricolage, couture ...).

Une variante de ce modèle, c'est le jeune indépendant ou le jeune agriculteur : eux aussi sont voués au long terme. Dans leur cas, l'argent est moins destiné à la consommation qu'à l'investissement.

3. Le jeune "consommateur contrariant"

Il travaille habituellement comme ouvrier, il a fait peu d'études (niveau primaire, ou secondaire inférieur). Il ne se plie pas volontiers aux contraintes de la famille ("chez les parents, on est tenu") ni à celles du travail ("si on travaille, c'est pour le fric").

C'est plutôt un citadin de grande agglomération qui, par volonté d'autonomie, vit en dehors du milieu familial.

Il se méfie de tout ce qui risque de l'incorporer au monde de la consommation. Il ne s'intéresse pas à la mode, n'est pas attiré par les nouveautés, ne veut pas avoir affaire aux banques. Il entend profiter de la vie. Faire attention à l'argent lui gâcherait son plaisir. Il aime passer du temps avec les autres (café, cinéma ...). Ses opinions contestataires l'amènent parfois à approuver la "fauche" dans les grands magasins. L'argent lui manque. Cela l'oblige à trouver des moyens de dépenser moins (système prêts-emprunts, achats d'occasion). Dans ce contexte, épargner n'a pas beaucoup de sens.

LES JEUNES ET LA CONSOMMATION

Pour l'éducateur sanitaire, il est indispensable d'avoir une vue aussi précise que possible des publics auxquels il s'adresse. Dans cette perspective, nous vous avons déjà dit tout le bien qu'il fallait penser de l'étude consacrée par le CRIOC aux "jeunes scolarisés de 16 à 19 ans et la consommation" (Education Santé n° 9, p. 24 et 25). Une nouvelle étude vient compléter aujourd'hui la précédente. Elle examine les comportements des jeunes âgés de 14 à 21 ans qui ont quitté l'école (salariés, CST, chômeurs ou apprentis).

La condition sociale des jeunes travailleurs : insécurité et indétermination.

Les jeunes travailleurs vivent des situations très diverses et au surplus transitoires. La fin de la scolarité ne correspond plus nécessairement à l'entrée dans le monde du travail. Cette transition, si elle a toujours existé, est aujourd'hui d'une autre nature. En effet, les jeunes ne maîtrisent plus la durée de cette phase intermédiaire et ils doutent de la possibilité même d'accéder à un vrai travail.

Rappelons que, parmi les jeunes de 14 à 21 ans qui ont quitté l'école (soit 43 % des jeunes de cet âge), il y a actuellement plus de chômeurs (0,5 % en 1970 ; 6,6 % en 1980). Beaucoup d'entre eux n'ont jamais travaillé (c'est le cas de quatre chômeurs sur dix de cet âge) et ils connaissent de plus en plus souvent un chômage de longue durée ...

Grâce au salaire, un nouveau type de consommation ?

Par ses achats, le jeune à l'école construisait son identité selon différents modèles culturels. Sa consommation ne portait pas sur des objets de première nécessité et relevait principalement d'un comportement ludique et d'une volonté d'autonomie.

L'accès à un revenu va-t-il modifier ce type de consommation ?

Dans le cas du jeune travailleur, l'entrée dans la vie active va-t-elle favoriser le projet, le souci de l'avenir professionnel, l'investissement à long terme et ... l'épargne ? Ou au contraire, va-t-elle renforcer des tendances à la consommation immédiate ? La famille d'origine est-elle perçue comme un lieu d'entraide ou comme un lieu de dépendance ?

Et le travail ? Comme une contrainte pesante ou un moyen de promotion ? La recherche du CRIOC tente de répondre à ces questions.

Sept types de jeunes.

Les comportements des jeunes peuvent, en gros, être classés en sept modèles. Pour chaque type, des traits culturels particuliers déterminent la conception du travail et de la famille, les pratiques de consommation et de gestion de l'argent :

- les trois premiers modèles comportent principalement des jeunes ouvriers ;
- les 4ème et 5ème modèles se réfèrent à des jeunes employés ;
- les deux derniers rassemblent des jeunes en transition entre l'école et le travail : les jeunes apprentis et les jeunes chômeurs sans expérience du travail.

INITIATIVES

L'une des responsables d'un club de gymnastique a souhaité donner une information sur l'alimentation équilibrée et a fait appel au service de la fédération.

L'accueil chaleureux réservé par les membres de l'amicale nous a poussé à présenter cette animation à d'autres groupes (écoles, Association Chrétienne des Invalides et Handicapés (ACIH), Vie Féminine, Action Catholique Rurale des Femmes (ACRF), amicales de pensionnés). A ce jour près de 2.000 personnes ont été sensibilisées.

Bien manger c'est facile !

Nous mangeons trop de sel, de sucre, de graisse, de viande, ... Nous sommes bien souvent malades de manger trop ... Si toutes ces affirmations sont scientifiquement valables et admises par nos concitoyens, elles débouchent rarement sur des changements d'habitudes alimentaires. S'inspirant des brochures éditées par le Comité Français d'Education pour la Santé, les objectifs et la méthode d'animation ont été réfléchis en rapport avec notre comportement dans ce domaine.

Les objectifs de l'animation :

- sensibilisation aux gaspillages de protéines dans nos pays et aux problèmes de la faim dans le monde ;
- prise de conscience de la nécessité d'une alimentation équilibrée pour une bonne santé ;
- réconcilier diététique et plaisir de la table : nous pouvons faire attention à notre ligne et manger de façon équilibrée et agréable ;

Dès 1975, la Fédération des Mutualités Chrétiennes de Tournai a saisi l'importance qu'elle devait accorder à l'éducation pour la santé. Le congrès tenu par l'Alliance en 1976 a permis à la Fédération de clarifier ses objectifs et de systématiser sa pratique. Un animateur a été engagé pour que les projets élaborés soient concrétisés.

Outre la participation active aux différentes campagnes menées par Infor Santé national (tracts, animations), Infor Santé Tournai a réalisé des actions plus spécifiques. Guy DELOBEL, le responsable local de l'éducation pour la santé, nous en décrit deux dans ce numéro, "La santé dans l'assiette" et des échanges sur l'homéopathie et l'acupuncture. Dans un cas comme dans l'autre, le développement des programmes a eu pour origine une demande formulée par la base. Il nous semble important de le souligner.

LA SANTE DANS L'ASSIETTE

Depuis plusieurs années les responsables d'amicales des pensionnés font appel à la Fédération des Pensionnés pour animer dans leur groupement des après-midi sur des thèmes de santé (antidouleurs, antibiotiques, sommeil, ...).

- susciter une attitude de prudence vis-à-vis des régimes amaigrissants non équilibrés (qui suppriment un groupe d'aliments par exemple) ;
- expliquer les mécanismes de la digestion ;
- prise de conscience de l'importance d'un repas consistant le matin mais léger le soir ;
- diminution de la consommation de chips, coca, limonade, alcool (discussion avec les directions d'écoles) ;
- information sur les règles de base d'une bonne hygiène alimentaire ;
- prévention des maladies liées à une mauvaise alimentation ;
- inciter à créer de bonnes habitudes telles que :
 - . doser l'apport alimentaire en fonction des besoins ;
 - . équilibrer et varier journallement son alimentation ;
 - . consommer plus de légumes et de fruits.

L'animateur choisit les objectifs sur lesquels il met l'accent en fonction des motivations des participants et des attentes des organisateurs. Par exemple, si cette animation se forme dans le cadre d'un cours de morale ou de religion, la séance peut être structurée autour de cette question : "qu'est-ce que personnellement je peux changer dans ma façon de me nourrir si je songe aux enfants qui meurent de faim ?" (gaspillage de protéines ...).

Par contre, dans le cadre d'un cours de biologie elle peut être conçue à partir du schéma de la digestion ... les possibilités sont très diverses.

La méthode d'animation.

Vouloir susciter chez les participants un comportement autonome et responsable suppose de notre part une méthode d'animation tournée vers la discussion, l'expression de l'expérience et du savoir de tous.

Tout ceci n'exclut en rien le rôle de l'animateur, qui doit rectifier certaines données, structurer et synthétiser l'information donnée pêle-mêle par les participants, diriger les débats, nuancer certains propos, orienter certains participants vers leurs médecins traitants ou diététiciens.

Déroulement de l'animation.

- 1) accueil des participants et formulation des objectifs.
- 2) réponse par écrit à un questionnaire, différent suivant le public : jeune, adulte ...

Ce questionnaire permettra d'évaluer les progrès accomplis grâce à la démarche.

En effet, quelques mois plus tard, certains recevront un questionnaire identique qu'ils complèteront et nous retourneront.

Hormis une série d'affirmations auxquelles on demande de répondre par "vrai", "faux", "je ne sais pas", les participants indiquent qui ils sont, la composition des repas qu'ils ont pris le jour même et qu'ils comptent prendre après l'animation, l'ambiance dans laquelle ils ont pris le repas. On leur demande également de mentionner les questions auxquelles ils souhaitent une réponse et les raisons de leur présence à la séance.

- 3) Pourquoi mangeons-nous ?

Chacun est amené à répondre à cette question. Toutes les réponses sont notées au tableau. On compare par la suite le résultat de cette réflexion avec un tableau théorique préparé d'avance.

- 4) Exposé magistral.

Les différents groupes alimentaires. Cet exposé est fait à partir d'un tableau réalisé préalablement et reprenant les grands groupes alimentaires au moyen de photos d'aliments.

impact sur l'état de santé n'ont jamais été prises en compte dans une conception globale de politique de santé. L'accessibilité aux soins eux-mêmes n'est d'ailleurs pas réellement égalitaire : outre les barrières financières qui subsistent pour les moins nantis, la distance culturelle peut également freiner l'accès aux soins ou compromettre les résultats des traitements.

Le GERM constate par ailleurs que la mise en oeuvre des progrès scientifiques et techniques a trop peu été accompagnée d'activités de synthèse resituant l'être humain dans sa globalité. Notre système de soins tel qu'il est organisé, ne favorise pas toujours le respect de la sensibilité ni des valeurs existentielles de la personne. La participation des patients, individuelle et collective, a peu progressé. Par contre, les divers courants de revalorisation de la médecine générale permettent d'espérer la reconnaissance de sa fonction essentielle de lieu de synthèse, de suivi et de dialogue. Mais les obstacles restent nombreux, que ce soit dans le domaine de la formation, du financement ou de la coordination et du travail en équipe.

Enfin, si le GERM se réjouit des progrès de la médecine, il est plus sceptique quant à la façon dont les ressources sont utilisées. Bien souvent, les problèmes de santé sont pris en charge avec des moyens plus complexes et plus coûteux que nécessaire. Le Comité du GERM estime que

notre système de soins pourrait coûter beaucoup moins cher tout en étant au moins aussi efficace - ce qui permettrait d'investir dans d'autres domaines contribuant au bien-être au sens large. Améliorer le "rendement" des soins implique cependant que l'on évalue ce qui se fait actuellement, que l'on expérimente des formules qui semblent plus avantageuses, et que le système soit suffisamment souple pour se plier aux réadaptations et mécanismes de régulation qui s'avèrent utiles. Or, constate le GERM, la Belgique reste sous-développée en matière de recherches appliquées et d'évaluation sur lesquelles pourraient se fonder des décisions politiques éclairées. De plus, les mécanismes de décision "à la belge" reposent davantage sur des négociations entre groupes d'intérêt que sur l'appréhension des besoins de la population et des moyens pour y répondre. Enfin, les décisions qui sont prises relèvent toujours presque exclusivement d'objectifs budgétaires et non scientifiques.

C'est volontairement que le Comité du GERM ne conclut pas son analyse par des propositions concrètes. Les options pour l'avenir concernent tous les intéressés : population, professionnels de santé, politiques, gestionnaires, chercheurs. Le "Bilan de notre système de santé" est la contribution du GERM à la préparation d'un large débat et appelle aux réactions de tous.

"1945-1984 : vers une politique de santé ? Un bilan de notre système de santé". Rapport établi par le Comité du GERM et rédigé par Monique Van Dormael, cahier du GERM, n° 178, 1984, 37 pages, 110 FB. Adresse : GERM, rue du Gouvernement Provisoire 29, 1000 Bruxelles. ■

AVIS A NOS ABONNES.

Dans un souci de simplification, nous allons instaurer à partir de 1985 un système d'échéance unique pour tous les abonnements, automatiquement après 4 numéros.

Cela signifie que certains lecteurs se verront réclamer un peu plus que les 200 FB habituels, de façon à faire le joint avec la nouvelle date d'échéance.

Merci d'avance pour votre compréhension.

Pour chaque thème, on propose aux enseignants de chacun des trois cycles de nombreuses suggestions d'objectifs pédagogiques, de contenus et d'activités, et de matériel didactique.

Cette centaine de pages constitue une mine d'informations pédagogiques qui justifie largement que chaque école et chaque centre IMS fasse l'acquisition de cet ouvrage.

Trop souvent ceux qui défendent de beaux principes dans leur philosophie de l'éducation nous laissent sur notre faim quand il s'agit de passer à la pratique. Ici, au contraire les suggestions concrètes nous ont paru à la fois adéquates aux principes proposés et immédiatement utiles pour l'éducateur de la base.

Filiberto CASTILLO, Le chemin des écoliers ou l'éducation à la santé en milieu scolaire, Cabay, 1984, 595 FB.■

QUINZE ANS D'ASSURANCE MALADIE

Dans la série des "Dossiers m-informations" vient de paraître un fascicule faisant la synthèse des dépenses de l'assurance maladie de 1966 à 1981.

Il s'agit d'une base de documentation très précieuse pour tous ceux qui s'intéressent à notre système de santé. Ces informations permettent aussi de mieux se rendre compte des enjeux actuels.

Après avoir dépeint le cadre général de l'assurance maladie et l'évolution globale des dépenses (multiplication par sept), l'auteur, Jos KESENNE, s'attache à décrire l'évolution des principaux postes : honoraires médicaux, soins dentaires, soins paramédicaux, médicaments, hospitalisation, maladies sociales.

Jos KESENNE, Les dépenses de l'assurance maladie de 1966 à 1981, Dossier m-informations", n° 6, 1984, 80 pages, 100 FB. Disponible au Service Etudes des Mutualités Chrétiennes, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles.■

QUARANTE ANNEES DE POLITIQUE DE SANTE

Le Comité du GERM vient de rendre public son rapport sur l'état de notre système de santé belge, intitulé "1945-1984 : vers une politique de santé ?". Sans verser ni dans le dénigrement ni dans la complaisance, le GERM brosse les traits qui lui paraissent les plus saillants de l'évolution passée et tente de les expliquer, données chiffrées et exemples à l'appui.

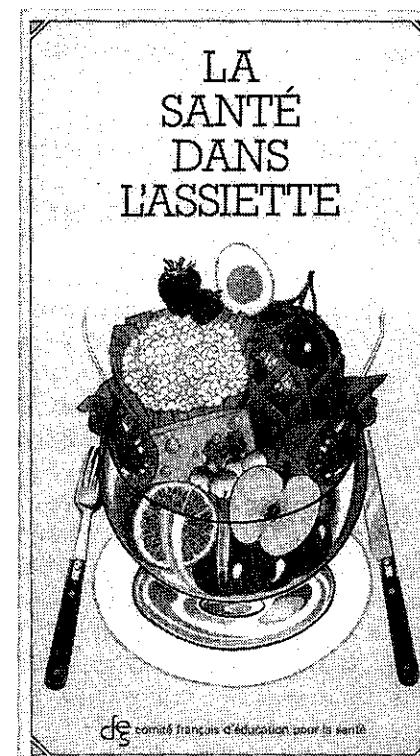
Il y a une série de points forts à mettre à l'actif d'un tel bilan, constate le Comité du Germ. L'assurance maladie-invalidité a mis à la portée de tous des soins de santé précédemment réservés aux riches. La médecine a aussi considérablement gagné en efficacité grâce aux progrès scientifiques et techniques accomplis ces 40 dernières années.

Mais notre système de santé a aussi ses points faibles. Malgré l'assurance maladie-invalidité les inégalités sociales face à la maladie et face à la mort subsistent. Les inégalités dans les conditions de vie et dans l'environnement ainsi que leur

5) Travail en sous-groupes.

Chaque groupe de 4 à 6 personnes réalise un menu, l'un pour le matin, l'autre le midi et le dernier pour le soir. La consigne donnée aux participants est de :

- choisir le menu désigné par sous-groupe à l'aide de flanellogrammes (1) représentant des aliments. Les menus doivent être équilibrés. Un responsable par sous-groupe viendra présenter le menu aux autres.
- le temps est limité à 10 - 15 minutes, durant lesquelles on met en application la théorie et les informations reçues qui restent à la vue de tous sur un tableau.



- (1) documents réalisés sur un support de carton dont le dos a été traité pour qu'il puisse adhérer à un tableau en feutrine.

6) Présentation des menus par sous-groupe.

Discussion et critique des menus proposés.

7) Réponse aux questions posées par les participants.

8) Conclusions.

Nous insistons dans celles-ci sur les changements individuels mais aussi collectifs (nécessité d'améliorer la législation régissant la vente de produits surgelés, nécessité de discuter de la consommation de chips, frites, coca, ...).

Enseignants, responsables de mouvements de jeunes, animateurs, personnel d'hôpital, etc., vous pouvez obtenir en prêt un matériel didactique comprenant une valise avec les photos d'aliments, des tableaux en feutrine, plus des panneaux représentant les principes de base de cette animation.

Tout ce matériel est à votre disposition à la Fédération des Mutualités Chrétiennes, rue Saint-Brice 44, à TOURNAI, tél. 069/22.21.71.

Bientôt un dossier complet ainsi que des dépliants seront également à votre disposition.

HOMEOPATHIE ET ACUPUNCTURE

Loin d'organiser une conférence, le but de ces rencontres est avant tout de permettre un échange, une discussion, un débat ... C'est dans cette optique qu'un questionnaire est remis dès l'arrivée des participants et ceci afin de connaître les attentes de chacun sur le thème du jour, soit l'homéopathie soit l'acupuncture.

L'HOMÉOPATHIE ET L'ACUPUNCTURE

Elles considèrent toutes deux qu'il n'y a pas des maladies, mais des malades et qu'aucun malade ne ressemble totalement à un autre.

Elles n'ignorent pas le malade, ses réactions individuelles, son terrain (dont la constitution est l'élément invariable, lié essentiellement à l'hérédité et le tempérament l'élément variable dépendant des facteurs acquis et du milieu ambiant). Elles tiennent compte avant tout non plus de la maladie mais des modes de réaction du malade vis-à-vis de sa maladie. Il n'y a plus une maladie que l'on essaie de traiter et de guérir mais un malade avec sa personnalité propre, qui réagit d'une manière déterminée face à l'agression morbide, et que l'on traite en fonction des réactions que celle-ci provoque chez lui ; il s'agit donc ici de médecines personnalisées.

En allopathie, si le médecin diagnostique dix fois la même maladie il donnera à quelques variantes près, dix fois le même traitement. En homéopathie et en acupuncture dans ces dix mêmes cas, les dix traitements seront vraisemblablement différents, car aucun de ces dix malades n'aura réagi de la même manière. Le traitement prescrit à un malade ne convient donc pas en principe à un autre malade atteint de la même maladie.

Il n'y a pas de traitement standard, il s'agit d'un traitement individualisé.

L'homéopathie.

Médecine du malade et non de la maladie, elle ne s'oppose pas au mal mais pousse la réaction de l'organisme dans la même direction que celle qu'il a déjà prise pour réagir contre la maladie. C'est en somme une stimulation des auto-défenses.

La pratique homéopathique consiste à donner comme remède au malade, à dose infinitésimale, la substance capable de produire chez l'homme sain des troubles analogues à ceux qu'il présente. Par exemple, un sujet sain, piqué par une abeille, voit apparaître au point de piqûre un oedème rouge rosé, piquant, brûlant, amélioré par des applications froides.

Un malade qui présente une telle éruption pour une cause différente, que ce soit un urticaire ou un coup de soleil, sera vite soulagé par des doses infinitésimales de venin d'abeille.

L'acupuncture.

Pratiquée en Chine depuis plus de 4.000 ans, c'est une médecine avant tout qui soigne l'homme en le considérant dans sa globalité, c'est-à-dire indissociable de son environnement. Pour ce faire elle adopte un raisonnement énergétique pour trouver la cause de chaque maladie, et de cette sorte au moyen d'aiguilles on peut contacter l'énergie qui circule dans l'organisme pour essayer de traiter la cause des maladies et agir sur les maladies elles-mêmes. Le rôle du médecin acupuncteur est de rétablir l'équilibre ou mieux, d'éviter que ne se produise le déséquilibre ou perturbation énergétique. L'énergie circule selon des modalités définies et des trajets déterminés que sont les méridiens (ex. méridien du poumon, du coeur, du foie). Qu'une gêne, qu'un obstacle à la circulation de cette énergie en entraîne la mauvaise répartition et c'est la maladie.

Le rôle du médecin acupuncteur est alors de rétablir une circulation et une répartition harmonieuse de l'énergie dans l'organisme. Il le fait au moyen d'aiguilles qu'il pique en certains points du corps (il y en a plus de 800).

F. CASTILLO consacre un premier chapitre à la définition des termes "éducation" et "santé". Avec Paolo FREIRE, il met l'accent sur une conception libératrice de l'éducation ainsi que sur la participation du sujet au processus éducatif. Quant à la santé il la conçoit comme un équilibre écologique entre les individus (et les groupes) et leur environnement physique, biologique et socio-culturel.

Ces définitions, loin de constituer un simple exercice académique, décrivent un état d'esprit, une philosophie de l'éducation à la santé à la fois progressiste, réaliste et scientifiquement fondée qui transparait dans l'ensemble de l'ouvrage.

L'auteur analyse ensuite la place de l'éducation pour la santé dans notre système scolaire : s'il n'existe pas de programme spécifique détaillé, il constate cependant qu'elle est intégrée dans le programme officiel de l'enseignement primaire. Bien plus que dans les programmes, c'est dans le manque de formation spécifique des enseignants que réside le problème principal.

Après un bref chapitre consacré à la santé à l'âge scolaire, le chapitre sur les responsables de la santé critique l'absence de coordination, d'échange d'informations et de synthèse entre les diverses instances concernées par la santé de l'enfant (IMS, PMS, ONE, médecine sportive, école, parents...). Je souligne également l'absence de participation de l'enfant lui-même à cette surveillance, ces dépistages qu'il ne fait que subir.

Ces observations critiques débouchent sur des propositions constructives qui remplissent la plus grande partie de l'ouvrage. La démarche générale proposée consiste à confier à l'IMS un rôle nouveau, en plus de ses fonctions actuelles de dépistage : le centre de santé scolaire devrait collaborer étroitement avec l'école dans le domaine de l'éducation à la santé,

non pour se substituer à l'enseignant, mais pour le sensibiliser, le motiver, le former, le documenter, bref, l'aider à jouer son rôle d'éducateur dans le domaine de la santé. Ce rôle d'éducateur sanitaire de l'enseignant, F. CASTILLO ne le conçoit pas à travers un cours nouveau à ajouter dans les grilles horaires. La dimension santé doit plutôt être intégrée dans diverses branches des programmes actuels, sciences et éducation physique, bien sûr, mais aussi français, mathématique, morale, etc.

Les 100 dernières pages de l'ouvrage constituent une illustration pratique des principes qui précèdent. Il s'agit de la description détaillée du programme proposé par le Centre de Santé UCL à Bruxelles.

Ce programme consiste en une série de suggestions pédagogiques à l'intention des professeurs des écoles primaires. Ces suggestions sont réparties en quatre thèmes : "Notre corps", "Notre environnement", "Nos défenses", "Le monde de demain".

DEUXIEME UNITE : NOTRE ENVIRONNEMENT		
1. SUGGESTIONS POUR LE PREMIER CYCLE 2.0.		
1ère étape : MOTIVATION - Evaluer l'intérêt des enfants pour découvrir les relations qui nous unissent aux choses et aux êtres vivants qui nous entourent.	SUGGESTIONS DE CONTENUS ET D'ACTIVITES - Ecouter le conte "Le voûgnon et l'empereur de Chine". En lire des commentaires. - Observer un haricot et un caillou de la même taille semés depuis une quinzaine de jours dans un petit pot rempli de terre. Vient-il des différences ? Pourquoi ? - Discuter : "Que se passera-t-il si la pluie ne tombe plus jamais ? Regardez des photos qui montrent la sécheresse au Sahel, ou des photos d'endroits désertiques. Discuter, se poser des questions... Et si le soleil s'éteignait ?... etc..."	SUGGESTIONS DE MATERIEL DIDACTIQUE - Hans Christian Andersen "Contes".
2ème étape : ORGANISATION - Définir avec la classe les objectifs éducatifs (en termes accessibles aux enfants) et les activités de cette Unité ainsi que la façon dont on va évaluer les résultats.	SUGGESTIONS DE CONTENUS ET D'ACTIVITES - Discussion destinée à préciser les questions auxquelles il faudrait trouver une réponse, et, en général, ce qu'on va développer au cours de l'Unité. - Discuter les activités qu'on va développer au cours de l'Unité. - Se mettre d'accord sur la façon d'évaluer ce que chacun a appris à la fin de l'Unité.	
3ème étape : REALISATION - Connaître les principales caractéristiques qui définissent la vie. - Se rendre compte de la grande variété d'êtres vivants qui nous entourent.	SUGGESTIONS DE CONTENUS ET D'ACTIVITES - Observer un ver de terre et un morceau de bois qui lui ressemble. Observer la photo d'une statue équestre et celle d'un cavalier. Observer un insecte ou un petit animal vivant et un objet d'apparence similaire. Observer un arbre mort et un arbre vivant... Quelles sont les différences ?	SUGGESTIONS DE MATERIEL DIDACTIQUE - un ver de terre et un bout de bois. - photos d'une statue équestre et d'un cavalier. - un petit animal ou un insecte. Un objet semblable.

LE CHEMIN DES ECOLIERS

On peut regretter l'absence dans notre Communauté française de Belgique, d'une réelle politique coordonnée d'éducation pour la santé. Cela n'empêche pourtant pas la réalisation d'expériences ponctuelles fort intéressantes.



Dans son récent ouvrage "Le Chemin des Ecoliers", F. CASTILLO nous livre le fruit de nombreuses années de réflexion et d'expérimentation en vue d'intégrer l'éducation pour la santé dans le milieu scolaire.

F. CASTILLO a longtemps travaillé au Chili dans le domaine de l'éducation à la santé et du développement communautaire. Depuis plusieurs années, il est responsable de la direction administrative du Service de Médecine Scolaire U.C.L. à Woluwe. Il est également un des animateurs du Groupe d'Etudes d'Education à la Santé, cellule essentielle de l'Unité de Médecine Scolaire de l'U.C.L.

Analysée du point de vue d'un professionnel de l'inspection médicale scolaire, on aurait pu craindre de se voir proposer une éducation pour la santé médicalisée, basée sur les connaissances anatomiques, organisée autour de l'examen médical et confiée à des spécialistes de la santé. Il n'en est rien, bien au contraire : au centre des préoccupations de l'auteur, il y a le développement global de l'enfant, dans lequel l'IMS ne peut jouer qu'un rôle relativement mineur, quoique non négligeable. Les principaux acteurs de l'éducation pour la santé sont l'enfant lui-même, sa famille et ses enseignants. Le rôle des équipes de médecine scolaire, plutôt que de faire devant les enfants des "conférences sur la santé", devrait être de participer à la sensibilisation, la motivation et la formation des enseignants en éducation à la santé.

L'intérêt de cet ouvrage justifie que nous le présentions d'une façon assez détaillée.



Pendant que l'animateur et le médecin expliquent les principes de base de l'homéopathie ou de l'acupuncture, quelques personnes dépouillent les questionnaires. Le débat partira des questions que l'assemblée se pose. En voici quelques exemples.

- Pour quelles maladies cette forme de médecine est-elle efficace ?
- Pourquoi l'INAMI ne rembourse-t-elle pas les visites d'homéopathes et d'acupuncteurs comme des visites de spécialistes ?
- Pourquoi en Belgique ces disciplines ne sont-elles pas enseignées dans les universités ?
- La guérison est-elle fonction de la crédulité ?
- Peut-on tout soigner par ces formes de médecines ?
- Pourquoi ces médicaments ne sont-ils pas remboursés ?
- Pourquoi ne peut-on pas toucher les granules avec les doigts ?
- Les aiguilles font-elles mal ?
- ...

Mais pourquoi organiser des informations sur l'homéopathie et l'acupuncture ?

"L'homéopathie combat le mal par le mal", "ces médecines parallèles n'ont qu'un effet psychologique". "il n'y a rien dans les petites pilules blanches", "l'homéopathie agit lentement", "les médecines dites parallèles se refusent au contrôle des sciences fondamentales".

Devant ces idées répandues dans l'opinion publique, nos membres ont du mal à y voir clair. Les ouvrages consacrés au sujet sont souvent réservés aux seuls initiés, d'où pour répondre à ce désir "d'y voir plus clair", la nécessité d'organiser des séances d'information à la portée de tous. Information qui se doit d'être objective, non passionnée, en dehors de toutes polémiques et pressions financières.

Taxés par certains de faire de la publicité pour les médecines parallèles, nous répondons que cette information n'est qu'une petite partie de notre programme d'éducation à la santé.

De toute façon il ne nous appartient pas de déclarer si telle forme de médecine est préférable à telle autre. Chaque patient est le seul maître de son choix ; personne ne peut prendre de décision à sa place.

Ne serait-il pas possible de tendre vers une coexistence des différentes formes de médecines auxquelles recourraient les malades bien informés ?

Ne peut-on pas regretter que, jusqu'à ce jour les allopathes et les autres s'observent en gardant leurs distances, à de rares exceptions près, chacun évaluant l'autre médecine en fonction de sa philosophie, ses critères scientifiques, ses références ? ...

Les mutualités chrétiennes pouvaient-elles rester insensibles à la demande de leurs membres ? Et dans le débat entamé, ne doivent-elles pas jouer un rôle actif pour que la base mutualiste prenne part au débat ?

La question est posée ...■

LA MEDIATHEQUE ET L'EDUCATION POUR LA SANTE

On en parle depuis longtemps, le projet vient enfin d'aboutir. Il existe maintenant une collection "éducation pour la santé" dans la vidéothèque de la Médiathèque de la Communauté française. Au départ, il s'agit essentiellement d'émissions déjà projetées à la RTBF, qui ont été classées en huit catégories :

- assuétudes (tabac, drogue, alcool) ;
- hygiène alimentaire, nutrition ;
- accidents, prévention ;
- hygiène de vie, vie sociale ;
- éducation sexuelle et affective, contraception ;
- périnatalité, enfance ;
- handicaps ;
- problèmes de santé.

Ce principe de classement n'est évidemment pas très rigoureux. Une rubrique comme "problèmes de santé" contient des sujets aussi divers que les médicaments, la ménopause ou les dangers du soleil.

Ajoutons cependant que l'extension actuelle du catalogue ne justifie pas un classement plus élaboré (+ 50 programmes).

Au hasard du catalogue, on trouve des émissions Autant Savoir, Seniorama, TV Scolaire et le Point de la Médecine.

A l'avenir, des programmes d'autres origines viendront compléter la collection.

Bonne idée selon nous que de mélanger aux titres de fiction semblable à ceux qu'on trouve dans les vidéo-clubs commerciaux des émissions d'éducation permanente. Pourquoi monsieur-tout-le-monde n'emprunterait-il, en même temps qu'un Belmondo, une cassette éducation santé ?

Evidemment, il ne faut pas rêver, et imaginer que la seule vision des programmes de la Collection Education pour la Santé pourrait déboucher sur des modifications bénéfiques de comportement. D'ailleurs, la plupart des programmes repris dans la série ne sont pas à proprement parler éducatifs, mais proviennent d'émissions d'information générale.

Toutefois, les responsables de la collection nous ont assuré que dans un proche avenir des programmes éducatifs viendront compléter le catalogue de la collection.

Notons aussi qu'il est prévu de fournir avec les cassettes un matériel d'accompagnement écrit permettant un prolongement de la vision du vidéogramme, et restant acquis aux emprunteurs.

Au moment où nous mettons sous presse, le catalogue destiné au public n'est pas encore sorti (c'est prévu pour novembre), mais on peut déjà le consulter.

Pour terminer, rappelons que les cassettes d'éducation pour la santé peuvent être empruntés auprès de six comptoirs de la médiathèque (Bruxelles, Passage 44, Bruxelles ULB, Liège, Namur, Charleroi et Louvain-La-Neuve) au prix de 100 F. la journée (50 F. par jour supplémentaire). Le système utilisé est le VHS.

Liste des adresses et heures d'ouverture des médiathèques :

LIEGE
Place du XX Août, 17 - 4000 Liège.
Tél. : 041/23.36.37.
Ouvert : mardi, mercredi, vendredi : de 11 h. à 19 h. ; samedi : de 10 h. à 18 h. ; fermé les autres jours.

LOUVAIN-LA-NEUVE
Grand'rue, 32 - 1348 Louvain-la-Neuve.
Tél. : 010/41.94.27.
Ouvert : lundi, vendredi : de 10 h. à 18 h. ; mardi, mercredi : de 10 h. à 20 h. ; samedi : de 10 h. à 16 h. ; en été : fermé le lundi.

N'ENFUMEZ PAS ... N'EN FUMEZ PLUS

Qui n'a jamais été dérangé au restaurant par la fumée d'un voisin peu scrupuleux ? C'est désagréable et difficilement évitable dans la mesure où la cigarette accompagnant un repas est paraît-il fort appréciée des fumeurs.

Une solution est de réserver une partie de la salle aux non-fumeurs. Cela se fait de plus en plus souvent, et c'est fort bien ainsi. Une autre est d'encourager les fumeurs à résister à leur vice, en attirant leur attention sur les désagréments qu'ils occasionnent aux autres mangeurs.

Telle est la ligne suivie par le CCAT (Comité de Coordination Anti-Tabac) avec l'affiche "N'enfumez pas ... n'en fumez plus". On peut estimer la deuxième partie du slogan un peu trop radicale - si les fumeurs pouvaient s'abstenir le temps du repas, cela serait déjà un beau succès.



C.C.A.T. - Rue des Prêtres 15 - 1000 Bruxelles - tél. : (02) 538 35 88.

En tout cas, le dessinateur possède un excellent coup de crayon.

Affichette (format 21 x 29,7 cm) disponible gratuitement au CCAT, rue des Prêtres 15, 1000 Bruxelles, tél. 02/538.35.88.■

COMMENT PARLER DU TABAC AVEC LES JEUNES

Le tabagisme est actuellement un fait de société aux conséquences pathologiques connues et graves.

Les statistiques montrent qu'un grand nombre d'adultes deviennent conscients de l'impact du tabac sur la santé. C'est moins évident pour les jeunes, qui forment donc un groupe spécifique à sensibiliser.

La brochure "Comment parler du tabac aux jeunes" offre l'information nécessaire à réaliser cette tâche. Après une description de la pathologie et d'autres notions liées au tabagisme, les auteurs décrivent des

méthodes d'intervention, à l'école et en dehors, que la transmission de l'information soit confiée à des adultes ou à des jeunes (des guides d'opinion).

La brochure donne aussi de bons conseils pour éviter certains écueils (moralisme, culpabilisation, manque de rigueur, démagogie, dramatisation, excès d'informations).

Comme tel, c'est un document de travail fort utile pour ceux qui sont amenés à aborder le tabagisme avec les jeunes, en évitant l'aspect revenchard trop souvent présent dans les informations développées sur ce sujet.

Comment parler du tabac avec les jeunes, par Françoise GUENIN-TOSTAIN, Jean-Philippe LEJARD, Paul ORIOL, Comité National contre le Tabagisme, 68 Bd. Saint-Michel, F 75006 PARIS.■

Les explications sont assez courtes (ce qui constitue une qualité essentielle), très claires et fort accessibles. On n'hésite pas à recourir à des expressions populaires courantes telles que "avoir le tournis", "tomber dans les pommes" ...

Bref, un bel exemple de matériel didactique qui nous semble répondre à un réel besoin et qui pourra faciliter le dialogue avec les médecins de famille.

Une question cependant : le même résultat ne pourrait-il pas être atteint avec une présentation un peu moins luxueuse, donc sans doute moins coûteuse, ce qui la rendrait peut-être psychologiquement plus acceptable pour la population locale, soumise à rude épreuve depuis de longs mois ?

Service de la Qualité de la Vie, La Batte 10, 4000 LIEGE. ■

EN EDUCATION DU PATIENT

Dans le cadre de son travail informatif, le Centre d'Education du Patient vient de publier deux dépliants. Le premier, "L'anesthésie", intéressera un maximum de personnes hospitalisées. On leur explique ce qu'est l'anesthésie, et ce qu'il faut savoir pour la veille, le jour et après l'opération (et l'anesthésie).

Le second dépliant, plus spécialisé, concerne les patients hospitalisés dans un service d'hématologie. Explications sur certains symptômes, sur les examens (analyses de sang et de moelle osseuse), sur les traitements médicamenteux. Le dépliant contient aussi des conseils de prudence.

Ces deux documents, réalisés à l'économie, constituent assurément une aide utile au dialogue entre le patient et le personnel médical.

Centre d'Education du Patient, avenue Thérasse 1, 5180 YVOIR. ■

VIVEZ SAINEMENT

C'est fou comme les fabricants de margarine de régime se préoccupent de notre bonne santé. Non seulement, ils nous expliquent tous les avantages des acides gras poly-insaturés, mais en plus ils ne manquent pas de nous accabler d'excellents conseils d'hygiène de vie, dépassant largement la question des lipides.

Ainsi, Vitelma nous dit, dans une petite brochure fort bien faite, que nous avons intérêt à choisir les "bonnes" graisses (les siennes !), à manger avec bon sens (de la margarine Vitelma quand il s'agit de graisse), à surveiller notre poids, à bouger, à limiter alcool et tabac, et à nous détendre plus souvent.

Comme quoi la préoccupation d'appréhender le concept de santé dans sa globalité n'est pas l'affaire des seuls spécialistes. Les marchands de graisse aussi veulent nous voir en bonne santé !

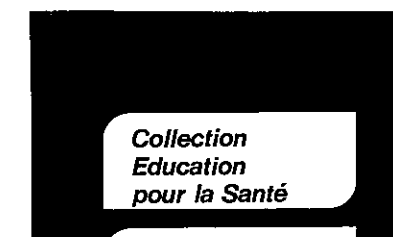
Les conseils de Vitelma pour une vie heureuse et saine, Service d'Information Vitelma, Prins Albertlaan 12, 8700 IZEGEM. C'est gratuit, bien sûr. ■

IXELLES-BRUXELLES (ULB)
avenue A. Buyl, 105 - 1050 Bruxelles.
Tél. : 02/647.42.07.
Ouvert : mardi, mercredi : de 12 h. à 19 h. ; vendredi : de 12 h. à 21 h. ; samedi : de 10 h. à 18 h.

BRUXELLES (Passage 44)
Bd. du Botanique, 44/21, 1000 Bruxelles.
Tél. : 02/218.25.99.
Ouvert : mardi, mercredi, jeudi : de 10 h. à 18 h. ; vendredi : de 10 h. à 21 h. ; samedi : de 10 h. à 18 h.

NAMUR
Maison de la Culture, avenue Golenvaux, 16 - 5000 Namur.
Tél. : 081/22.55.66.
Ouvert : lundi, mardi, mercredi, jeudi, samedi : de 9 h.30 à 18 h. ; vendredi : de 9 h.30 à 19 h. ; en été : fermé le lundi.

CHARLEROI
Bd. Tirou, 8 - 6000 Charleroi.
Tél. : 071/31.27.30.
Ouvert : mardi, mercredi : de 9 h.30 à 18 h. ; vendredi : de 9 h.30 à 19 h. ; samedi : de 9 h.30 à 17 h.45.



Pour tous renseignements, vous pouvez vous adresser à Yves SCHILLEBEECKX, Médiathèque de la Communauté française de Belgique a.s.b.l., Hôtel de Gaiffier d'Hestroy, rue de Fer 24, 5000 NAMUR, tél. 081/22.62.84. ■

EDUCATION POUR LA SANTE EN MAISON DE CONVALESCENCE

Le Domaine de Nivezê, près de Spa, abrite un centre de convalescence et de vacances pour handicapés des mutualités chrétiennes. Depuis plusieurs mois, des activités d'éducation pour la santé s'y déroulent, animées par Anne DECERF. Elle nous précise la nature de son travail.

"Engagée comme CST au Domaine de Nivezê, mon contrat se terminait le 31 août 83. On m'a alors proposé d'animer un service d'éducation pour la santé. Celui-ci fonctionne maintenant depuis un an.

Il faut d'abord dire que Nivezê est un endroit idéal pour ce genre de programme.

En effet, convalescence signifie repos, récupération, temps libre mais aussi, et il ne faut pas l'oublier, retour à la maison et prise en charge de sa personne avec tout ce que cela comporte comme régime, soins, médicaments ...

Cette convalescence doit alors obligatoirement être un moment pendant lequel on apprend à vivre avec son handicap, afin d'être capable d'assumer son état également en dehors de tout l'encadrement dispensé au Domaine".

- Concrètement, comment cela se passe-t-il ?
- Chaque semaine, une information d'éducation à la santé est proposée. Elle s'organise en conférence ou en table ronde. Grâce à une collaboration principalement avec la diététicienne, mais aussi avec les kinésithérapeutes, le service médical et social, nous pouvons aborder des sujets tels que l'alimentation, ce que doit contenir la pharmacie familiale, les dangers du sel, le sommeil, la mutuelle ... Nous faisons également appel à des personnes extérieures à la maison.

Le plus souvent, afin d'illustrer ces différents sujets, nous avons recours à des montages de diapositives provenant de l'Alliance, de la Croix-Rouge de Belgique, ou d'autres organismes s'occupant d'éducation à la santé.

Nous avons également organisé un service de prêt de brochures, d'articles, de revues ... et j'en profite ici pour lancer un appel aux organismes et aux personnes qui pourraient contribuer à garnir notre "médiathèque santé" ; d'avance, je les en remercie.

- Avez-vous déjà une idée de l'impact de ce genre d'animation ?

- Quant au succès de ces informations, on peut dire que nous marquons chaque fois un point. Même si le temps ou le sujet ne nous amènent pas toujours beaucoup de participants, chacun s'en va en emportant quelque chose, que ce soit une conception nouvelle ou inconnue du sujet ou simplement l'impression d'avoir passé un moment agréable à discuter et à échanger des idées avec d'autres personnes.

Car faire en sorte que les convalescents se sentent bien chez nous, c'est aussi de l'éducation à la santé.■

EVALUATION D'UN MATERIEL DIDACTIQUE

L'éducation pour la santé est friande d'imprimés, tracts, affiches, brochures sur tous les sujets de santé. Leurs auteurs se préoccupent de plus en plus de vérifier dans la mesure du possible la valeur communicationnelle de leurs travaux (à défaut de pouvoir agir sur la diffusion).

Ainsi, la Croix-Rouge de Belgique a confié l'étude de la lisibilité d'une brochure (non encore diffusée dans le public) au Laboratoire de Pédagogie Expérimentale de l'Université de Liège, via l'APES.

Il s'agit d'un petit fascicule intitulé "Votre bébé et les médicaments", offrant 12 conseils aux jeunes parents, généreusement illustrés en couleur.

Le rapport sur cette étude ne manque pas d'intérêt, surtout sur le plan méthodologique. Il existe en effet différentes formules permettant de prédire la facilité de lecture, le niveau de lisibilité d'un texte, sans devoir recourir



LES TRANQUILLISANTS

Dans le cadre de "La santé sans peine", Infor Santé vient de procéder à la réédition du dépliant consacré aux tranquillisants.

Ce document contient une petite histoire significative en bandes dessinées illustrant les circonstances dans lesquelles on peut être amené à prendre ces médicaments, des conseils sur les benzodiazépines ainsi que les prix des principales marques de médicaments appartenant à cette famille.

Signalons l'ajout d'un petit paragraphe, disant "on a constaté récemment qu'une dépendance aux benzodiazépines est possible. Alors, le patient n'est plus capable de se passer du médicament, qui devient comme une drogue. Une raison de plus pour redoubler de prudence".

Cette mise en garde, qui semble aller de soi, ne se trouvait pas dans la première édition du dépliant, voici deux ans. Depuis lors, de nombreuses publications scientifiques convergentes ont établi les risques de dépendance de manière telle qu'il n'est plus possible de les ignorer, n'en déplaise à certains géants de l'industrie pharmaceutique. Cela méritait certainement d'être précisé.

Spécimen gratuit disponible sur simple demande à Infor Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles, tél. 02/230.78.90, postes 267 - 192.■

VOTRE CORPS VOUS PARLE

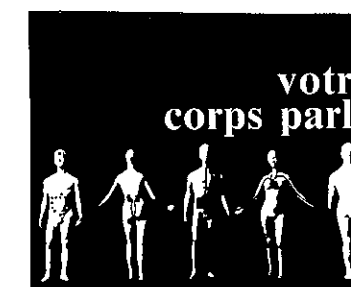
Une très belle réalisation du Service de la Qualité de la Vie de la Ville de Liège, avec la collaboration des Docteurs RIFFON et DELREE, médecins de famille.

Comme le dit le titre dans un langage clair et, si j'ose dire très "parlant", il s'agit d'apprendre à interpréter ce langage du corps que constituent les symptômes de maladie les plus courants.

La brochure remplit fort bien cette mission. Elle aborde successivement les diverses parties du corps et pour chacune elle étudie les mêmes aspects :

1. Description des principaux organes et de leur fonction.

2. Localisation de ces organes. Ceci est réalisé par une technique graphique originale : on utilise des photos de statues. Sur ces photos (blanc sur fond noir), l'emplacement des organes est indiqué par des surimpressions rouges. Le résultat est excellent tant du point de vue didactique qu'esthétique.



3. Les signes auxquels il convient d'être particulièrement attentif sont indiqués en rouge : ce sont des signaux d'alarme qui demandent une consultation médicale.

4. D'autres symptômes qui ne présentent pas un même caractère d'urgence sont également décrits.

tion particulière. Ne pouvant difficilement soutenir que le médicament est un ennemi, on arrivera vite à la conclusion qu'il s'agit d'un ami, et que seule la méconnaissance des caractéristiques de cet ami peut le transformer en ennemi.

Cela nous semble excessif, et nous aurions préféré un titre comme "Médicament, ami et ennemi", plus proche selon nous de la réalité.

On a trop facilement tendance à accorder la responsabilité des bienfaits des médicaments à la recherche pharmaceutique et à l'action judicieuse des médecins et pharmaciens, et à faire peser la responsabilité des problèmes éventuels sur le seul consommateur. La réalité n'est pas si simple, ni si transparente. Les auteurs de la brochure passent ainsi pratiquement sous silence la question des intérêts commerciaux liés au médicament, qui expliquent pourtant en partie certains dérapages ...

Nous lisons par exemple en p. 10 que "Le prix d'un médicament est parfois très élevé au début de sa commercialisation, il arrive qu'il doive être vendu très cher pour couvrir les frais considérables de recherche qui ont été consentis par l'industrie". Qu'en est-il alors des frais de promotion et publicités, bien plus élevés que les frais de recherche ?

On nous dit aussi que les nouveaux médicaments passent par des contrôles impitoyables avant d'être commercialisés, que rien n'est laissé au hasard. C'est sans doute souvent vrai, mais comment expliquer alors que des nouveaux médicaments doivent parfois être retirés en catastrophe de la circulation quelques semaines après le début de leur mise en vente (cfr. récemment le Zomax).

On nous explique aussi la signification des lettres A, B et C quant aux modalités de remboursement des médicaments, mais on oublie de préciser que la catégorie Cs comprend des spécialités sans grande utilité.

Décrivant la notice obligatoire, la brochure confie qu'"il arrive parfois que ces informations ne vous paraissent guère compréhensible". C'est vrai, car à l'heure actuelle cette notice est d'abord conçue pour l'information du médecin et du pharmacien.

Ainsi, il est possible que vous y lisiez quantité de données peu accessibles aux profanes.

Ne vous souciez pas de ce jargon scientifique pour médecins et pharmaciens.

Dans un proche avenir, la notice accompagnant le médicament sera spécialement destinée au patient et rédigée dans un langage compréhensible".

C'est un peu rapide pour passer au bleu les dizaines d'années pendant lesquelles l'information du patient a été scandaleusement ignorée par les fabricants.

Quant aux notices new look qu'on nous annonce pour bientôt, nous préférons attendre avant de nous réjouir. Seront-elles basées sur des règles sérieuses, telles que suggérées par HERXHEIMER ou le GERM (cfr. Education Santé n° 14, sept. 82, p. 7 à 9) ou laissera-t-on aux firmes la faculté d'en faire un moyen de publicité plutôt que d'information ? Nous ne sommes pas rassurés...

Une signature un peu trop visible.

La brochure est introduite par un avant-propos signé par le secrétaire d'état en personne, avec photo en couleur à l'appui. Cette habitude bien ancrée dans nos moeurs politiques de profiter d'une campagne d'utilité publique pour faire de la publicité ne nous a jamais enthousiasmés. Un ministre, cela se remplace, et alors la belle documentation en quadrichromie est bonne pour le pilon.

Médicament ami ou ennemi, Service Presse et Information du Ministère de la Santé Publique et de la Famille, rue Ducale 81, 1000 Bruxelles. Joindre 18 F. en timbre pour les frais d'envoi. ■

à un test auprès d'un échantillon du public. Ces formules ne tiennent compte que de l'aspect purement linguistique de la question, alors qu'on sait que d'autres éléments peuvent jouer, le graphisme, la mise en page, les illustrations, les couleurs, etc. Elles n'en offrent pas moins des indications précieuses sur l'accessibilité d'un message.

Il n'est pas indifférent de noter que la brochure étudiée ici, qui semble a priori très facile à comprendre, est d'une difficulté légèrement supérieure au niveau de la fin de l'école primaire.

Cet exemple confirme que les messages sont souvent plus difficiles à comprendre que ne l'imaginent leurs auteurs.

Bien entendu, il ne s'agit ici que d'une approche limitée de l'évaluation d'un document d'éducation pour la santé. On ne sait rien encore de l'usage que pourront en faire les lecteurs, de ce qu'il leur apportera comme informations, de l'attitude et des comportements de prudence qu'il pourra éventuellement induire chez les jeunes parents. Ceci est une autre histoire. Mais avoir l'assurance que le message sera compris, ce n'est déjà pas si mal. ■

ACCIDENTS DOMESTIQUES

Un thème d'action privilégié d'Educa-Santé est constitué par les accidents domestiques. Problème indiscutable, mais dont les dimensions réelles gagneraient à être connues avec plus de précision. Des travaux en cours nous éclaireront probablement dans les prochains mois.

En attendant des actions spécifiques, Educa-Santé nous propose, en collaboration avec le Centre d'Etudes Ergonomiques de l'UCL, un "Annuaire de la prévention des accidents domestiques". On y trouve de nombreux organismes actifs dans ce domaine, dont les objectifs et les moyens sont décrits en quelques lignes. Sans apporter de conseils concrets (là n'est pas le but), cette brochure offre pas mal de possibilités à tous ceux qui désirent obtenir des renseignements dans ce domaine.

L'annuaire qui coûte 40 FB, est disponible à Educa-Santé, avenue Général Michel 1 B, 6000 CHARLEROI.



Ville de BESANÇON
Service Hygiène-Santé

Comité Départemental
d'Education pour la Santé
du Doubs

D.R.A.S.S.
de Franche-Comté

Avec le concours de l'Union des Syndicats d'Enfants du Doubs,
des Associations Nourrices Amicales de Belfort-Provence-Chablais et de la Mutualité Sociale Agricole du Doubs.

Complémentaire, signalons la brochure "Les accidents d'enfants et leur prévention", qui nous vient de Besançon. Ce document offre bon nombre de données statistiques (mortalité, morbidité, facteurs de risque), ainsi qu'une présentation assez élaborée des principales causes d'accidents d'enfants (à l'exclusion des accidents de la circulation).

Chaque type d'accident est introduit par des données épidémiologiques, décrit attentivement, et la conduite à tenir est aussi précisée. En fin de rubrique une page de résumé nous dit "ce qu'il faut retenir" pour chaque type d'accident. Après les causes, la question de la prévention des accidents est abordée avec quelques idées maîtresses : la prévention est possible (exemple de la Suède), on peut concevoir un environnement moins hostile pour l'enfant, sans oublier la pédagogie de l'initiation aux risques.

Les accidents d'enfants et leur prévention, Ville de Besançon, Service Hygiène-Santé, 25000 BESANCON.

Dans un autre ordre d'idée rappelons que l'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie a inclus les accidents domestiques dans les problèmes de santé dont rend compte cette année son réseau de médecins généralistes

vigies exerçant dans tout le pays. Les rapports intermédiaires permettent de percevoir que les accidents domestiques sont de loin le problème rencontré le plus fréquemment par les médecins dans le cadre du programme de cette année (alcoolisme, ulcère, zona, accident cérébro-vasculaire, oreillons, crise d'asthme, drogue, rougeole et mononucléose infectieuse). D'autre part, les chutes viennent nettement en tête dans les causes d'accidents domestiques (près de 50 % des cas répertoriés), bien avant les outils, corps étrangers, jouets, produits ménagers et autres, et ce dans toutes les catégories d'âge, avec une pointe bien compréhensible chez les personnes âgées (72 % des accidents chez les + 60).

IHE, Unité d'Epidémiologie,
Dr. STROOBANT, rue J. Wytsman 14,
1050 Bruxelles. ■

EDUCATION POUR LA SANTE A L'UNIVERSITE

L'U.C.L. lance à la rentrée une toute nouvelle licence en éducation pour la santé.

Cette licence dure en principe deux ans et s'adresse à des étudiants et à des adultes désireux d'obtenir une compétence universitaire dans ce domaine marqué depuis plusieurs mois par une certaine effervescence.

Objectif de la formation

Au terme de la formation, le licencié devra être capable de dégager de l'analyse des problèmes de santé de la communauté des interventions adéquates en éducation pour la santé; de planifier ces interventions et de les évaluer.

Conditions d'admission

Cette licence s'adresse en principe à des détenteurs d'un diplôme de l'enseignement supérieur, dont la teneur peut être fort variée (sciences sanitaires,

enseignement paramédical, sciences humaines, ...).

La procédure d'admission est individualisée.

Le programme

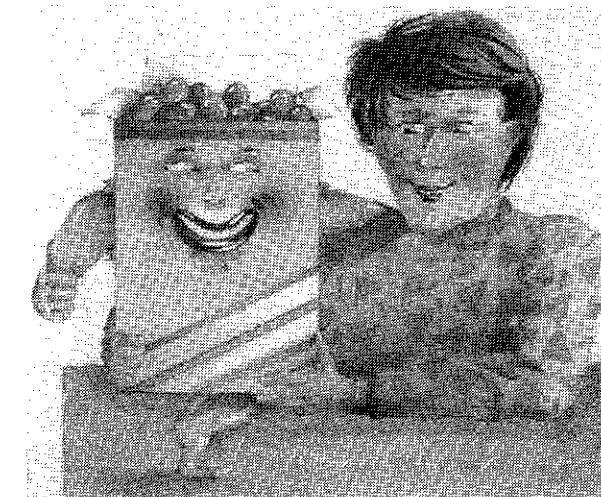
La licence est constituée de 24 modules s'articulant en 5 groupes : champ de la santé, sociopsychopédagogie, administration, options choisies en fonction du profil de l'étudiant et intégration. Ce groupe intégration vise à la fois l'intégration interdisciplinaire et l'intégration en théorie et pratique. On y trouvera un module introductif sur l'éducation pour la santé, deux modules méthodologiques, recherche opérationnelle et évaluation de programmes, deux modules de visites/stages et deux modules de séminaires/exercices.

Organisation des cours

Les cours se donneront en trois blocs par semaine : le samedi matin, un après-midi et un soir.

Pour tous renseignements : Réseau des Enseignements du Champ de la Santé Ouverts aux adultes (RESO), avenue Hippocrate 55, Tour Harvey 5575 1200 Bruxelles. Tél : 02/764.55.75. ■

MATERIEL



MEDICAMENT AMI OU ENNEMI ?

Le bon usage du médicament est un thème fort à la mode ces derniers temps. Ne vient-on pas de créer un Comité de Concertation sur les Médicaments au sein de la Communauté française ? D'autre part, la campagne récente de mise en garde contre certains antidouleurs (Tanderil - Butazolidine) est encore présente dans les mémoires. Enfin, n'oublions pas que depuis maintenant plusieurs années Infor Santé mène une vaste action d'information sur les médicaments (antidouleurs, antibiotiques, tranquillisants et somnifères, vasodilatateurs cérébraux et périphériques, et ce n'est pas fini), et que d'autres organismes publient régulièrement sur ce sujet.

Le médicament n'est évidemment pas seulement une affaire communautaire, au contraire ce secteur reste largement national, tant au niveau de l'évaluation scientifique des produits que de leur mise sur le marché.

Il n'est guère surprenant dans ce contexte que le Secrétaire d'Etat à la Santé Publique et à l'Environnement, Firmin AERTS, lance une brochure d'information sur le médicament à l'intention du grand public, et ce d'autant plus que la loi sur les médicaments vient d'être modifiée, et prend en compte l'information, aussi bien des professionnels que des patients-consommateurs.

Une bonne synthèse ...

L'ambition de la brochure est relativement vaste et précisée par son sous-titre "informations pour un usage correct". En quoi consistent donc ces informations ?

On nous explique d'abord ce qu'est un médicament, les contrôles dont il est l'objet, les indications souvent sibyllines reprises sur les emballages et les notices contenues dans les boîtes de médicaments.

Ensuite, on nous donne des conseils : observance du traitement, effets indésirables, conservation des médicaments.

Enfin, pour terminer ce tour d'horizon, il y a une mise en garde particulière à l'égard des "psychotropes", rubrique sous laquelle on retrouve des médicaments tels que les antidouleurs, les somnifères et tranquillisants, les stimulants.

... mais des questions restent ouvertes.

Malgré ses qualités, la brochure pose quand même certains problèmes.

D'abord son titre, "Médicament ami ou ennemi ?". Présenter le sujet sous cette forme exclusive et interrogative est déjà le signe d'une orienta-