

Tabagisme Liège

13 décembre 1990

A l'occasion des 10 ans de l'Association pour la Promotion de l'Education pour la Santé, le Dr François Baudier animera une conférence-débat sur la méthodologie d'un projet global de promotion de la santé à l'échelle d'une ville. Le titre: «Un défi méthodologique: Besançon sans tabac!»

Auparavant, la Présidente de l'APES, le Professeur G. Reginster-Haneuse, et son Directeur, Michel Demarteau, nous inviteront à jeter un regard sur 10 ans d'activités de l'APES.

Cela se passera au Palais des Congrès, Esplanade de l'Europe 2, 4000 Liège, à 10h30. Entrée gratuite.

Pour tous renseignements: Anna De Leo, APES, Sart Tilman B23, 4000 Liège, tél.: 041/56.28.97.

Education nutritionnelle Liège

31 décembre 1990

Séminaire-atelier de formation à la communication sociale en nutrition, organisé par le Centre d'Enseignement et de Recherche pour l'Education et la Santé de l'Université de Liège (CERES), dans cadre du Réseau pour l'Education Nutritionnelle en Afrique (RENA). Publics-cibles: planificateurs d'actions d'éducation nutritionnelle en Afrique, chercheurs dans ce domaine.

Dates: 2-16 juin 1991. Date limite d'inscription: le 31 décembre 1990 (50.000FB).

Renseignements complémentaires: Michel Andrien, Secrétariat du RENA, Sart Tilman, bât. B32, 4000 Liège, 041/56.20.72.

Assuétudes Bruxelles

16 - 19 janvier 1991

Colloque «Prohibition et antiprohibition en matière de drogue», organisé par l'ULB, la VUB et la Coordination Radicale Antiprohibitionniste.

Renseignements: Jean-Luc Robert, Secrétariat du Colloque, rue Belliard 93, R.E.M. 508, 1040 Bruxelles, tél. 02/230.41.21.

Formation Bruxelles

A partir de janvier 1991

Cycle de formation (8 journées) pour praticiens du secteur de l'insertion sociale et professionnelle. Renseignement: Ressources, boulevard Brand Whitlock 105, 1200 Bruxelles, tél. 02/734.13.09.

Médicament

Le MCF - Promocoop, cellule de coordination «Bon usage du médicament», nous signale un changement de numéro de téléphone: le numéro à composer est désormais le 02/513.44.92.

Pour rappel, un dépliant d'information sur les activités de ce service d'éducation pour la santé est disponible auprès de Jean-François Van Campenhout ou Isabelle Montulet, Promocoop, rue Haute 26-28, 1000 Bruxelles.

Allergie

La Fondation pour la Prévention des Allergies s'installe à Bruxelles, au 55 rue du Président, 1050 Bruxelles. Une permanence téléphonique est assurée le mardi et le jeudi entre 10 et 15 h., au 02/511.67.61.

Emploi - offre

L'Institut Provincial d'Hygiène Sociale, rue Château des Balances, 3 bis - 5000 Namur, recherche des candidats possédant un diplôme en sciences (para) médicales ou en sciences psycho-pédagogiques ayant en complément une licence en éducation pour la santé.

Compétences exigées:
- capacité à créer un projet et à gérer son suivi;
- capacité à coordonner le travail d'une équipe;
- capacité à établir des contacts avec l'extérieur;
- capacité à animer des réunions.

Pour tout renseignement complémentaire: 081/22.24.22 - 22.25.14.

Emploi - demandes

Diététicienne, avec formations complémentaires: curriculum d'agent de promotion de la santé et certificat d'aptitude pédagogique, ayant notamment réalisé des ateliers santé avec un public d'enfants, cherche un emploi dans le domaine de l'éducation pour la santé. Mademoiselle Dominique Baudart, rue de l'Enseignement 1, 4020 Liège.

Licenciée en Education Physique (avec Agrégation de l'enseignement secondaire supérieur) et en Nutrition Humaine, libre immédiatement, souhaite trouver un emploi dans le domaine de la santé, l'éducation pour la santé.

Coordonnées: Geneviève Halleux, avenue Roi Albert 83, 5300 Andenne, tél. 085/84.20.84.

EDUCATION SANTÉ

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

MENSUEL (NE PARAIT PAS EN JUILLET ET EN AOUT) DECEMBRE 1990 ISSN 0776-2623

53

Réflexions

Santé des jeunes (2ème partie)

1. Prévost, D. Piette p. 3

Initiatives

Les tranquillisants à bon escient
P. Tréfois, M. Marquès, T. Foucart,
I. Montulet p. 11

Cigarette non merci ! p. 15

Une semaine de formation p. 39

Lu pour vous

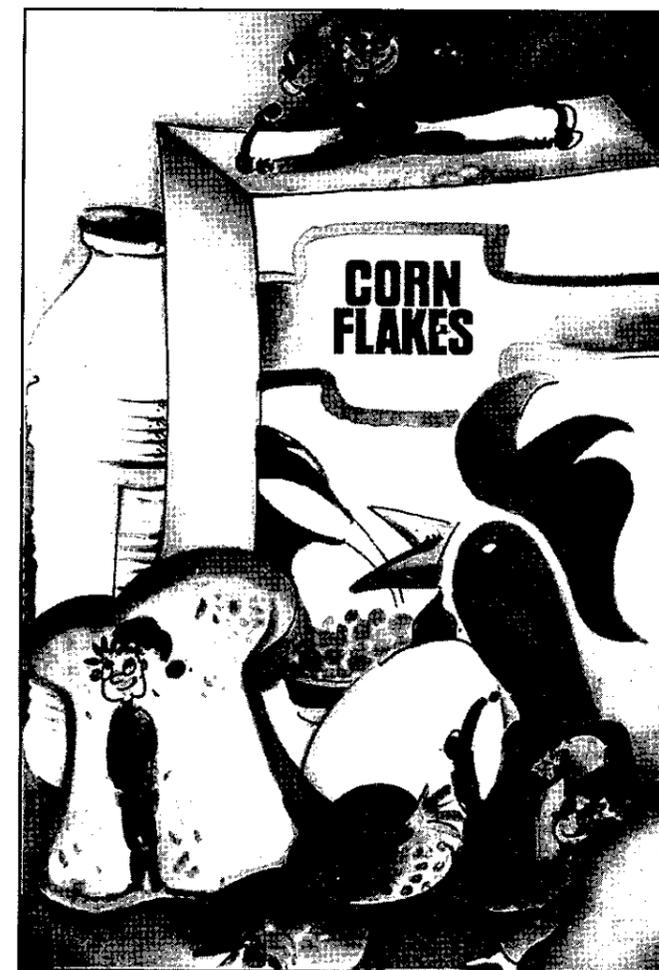
Maigrir ? oui, ... mais ! p. 44

Des médicaments pour maigrir ?
C. Beauvoix p. 44

+ l'index des articles parus en 1990

Et notre supplément du mois

Evaluation des ateliers diététique, alimentation, gestion du stress, gym douce



Le "petit déjeuner malin" de Question Santé p. 16

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



C'est malin !

Un bon petit déjeuner, c'est sans doute très malin. Ce qui l'est en tout cas, c'est la collaboration efficace entre Question Santé, l'ICAN, la firme Kellogg's et les écoles: tout le monde est gagnant, et en premier lieu les enfants qui y participeront. Depuis deux ans, les collaborations de ce genre se multiplient, le Ministère de la Santé les encourage d'ailleurs et en tient compte dans l'attribution des subventions.

Très malin aussi, le projet de l'Association Contre le Cancer: cinq consultations chez votre généraliste pour cesser de fumer. Objectif: 20% de réussite six mois après la cinquième consultation. Le plus malin ici, c'est que l'éducation pour la santé est prise en charge par l'assurance maladie: environ 10.000 francs par ex-fumeur si l'objectif est atteint. Cher? L'évaluation devra nous le dire.

Elle nous dira aussi dans quelle mesure les médecins sont prêts à jouer un rôle créatif en éducation pour la santé et s'ils sont suffisamment armés pour le faire. Evidemment, toutes les activités éducati-

ves ne peuvent pas se découper en tranches pour entrer dans le moule de la consultation. Médecine à l'acte, quand tu nous tiens !

Plus malin encore (à moins que ce ne soit plutôt de la témérité !), le Docteur Baudier qui prétend, lui, faire cesser de fumer toute la ville de Besançon. Ce n'est pas une blague. Rendez-vous au palais des congrès de Liège, le 13 décembre à 10h15 si vous tenez à soutenir le pari. De toute façon, Education Santé y sera, car on fête ce jour-là le dixième anniversaire de l'APES (Association pour la Promotion de l'Education pour la Santé). Nous en reparlerons en janvier.

Y a-t-il des candidats au jumelage avec Besançon ou à l'organisation d'un "Intervilles Santé" ? Pourquoi pas? Ce que fait talentueusement le Docteur Baudier dans le département du Doubs, nos nouvelles structures de coordination, communautaire et locale, seront enfin là pour le faire dès 1991.

A l'année prochaine !

Réalisation et diffusion:
Infor Santé, Alliance Nationale
des Mutualités Chrétiennes,
rue de la Loi 121, 1040
Bruxelles. Tél.: 02/237.48.53.
Fax : 02/237.33.00 (indiquer
ANMC-Education Santé comme
destinataire).

Rédacteur en chef :
Jacques Henkinbrant.

Secrétaire de rédaction :
Christian De Bock.

Secrétaire de rédaction
adjoint: Roger Swinnen.

Documentation, abonnements:
Maryse Van Audenhaege.

Comité de rédaction :
Christian De Bock, Alain
Deccache, Michel Demarteau,
Jacques Henkinbrant, Vincent
Magos, Jean-Louis Pestiaux,
Danielle Piette, Roger
Swinnen, Thierry Poucet,
Patrick Tréfois.

Editeur Responsable :
Jean Hallet.

Maquette : Philippe Maréchal.

Composition : P&E.

Photogravure et impression :
Economat ANMC.

Tirage : 1.800 exemplaires.

Diffusion: 1.500 exemplaires

ISSN : 0776 - 2623.

Les articles publiés par
Education Santé n'engagent
que leurs auteurs. La revue
n'accepte pas de publicité.

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

des personnes âgées (Dr J.-L. Pestiaux, Promotion Santé, Union Nationale des Mutualités Socialistes);

- La mutualité chrétienne et le médicament: nécessité d'une solidarité organisée (Jean Hallet, Secrétaire général de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes);

- L'Europe: une Europe sociale ou une Europe de marchands (Marcella De Smet, Pharmacienne Conseil, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes)

Médicaments et vieillissement, 48 pages, 1990, en vente au prix de 300 FB (150 FB pour les membres de l'UCP), + 20 FB de frais de port. Union Chrétienne des Pensionnés, rue de la Loi, 1040 Bruxelles, tél.: 02/237.46.73. ■

La vie c'est le mouvement

Voici le dernier-né de la collection «Grain de sel», aux éditions Hatier. «Dans le mouvement» explique aux enfants de 8 à 12 ans tous les phénomènes et mécanismes des mouvements que l'on fait, consciemment ou inconsciemment.

Comment ça marche les mouvements? Comment ça bouge dans notre corps, notre coeur? Où se décide le mouvement quand il est voulu? Ou bien quand il nous échappe? Et quand on n'est pas décidé à bouger? Ce chapitre présente le système nerveux, l'activité du cerveau, les organes des sens, le squelette, le système musculaire (saviez-vous à ce propos que «quand on ferme les yeux très fort, cela fait de l'effet sur les muscles de nos cuisses»!).

Qui dit mouvement dit rythme. Chacun son style, chacun sa ma-

Contradiction

A propos d'un médicament largement prescrit aux personnes âgées...

«Vingt ans après sa découverte, le piracetam suscite toujours l'intérêt des chercheurs et des cliniciens. Les résultats d'études cliniques montrent un bénéfice thérapeutique réel.»

Ainsi commence un article publié par l'hebdomadaire «Le Généraliste» du 26 septembre dernier.

De son côté, la revue «Prescrire» datée du même mois de septembre 1990 présente ainsi une nouvelle marque de piracetam:

«Que ce soit chez l'adulte ou chez l'enfant, le piracetam n'a démontré scientifiquement son efficacité dans aucune des indications qu'il revendique: troubles psychocomportementaux de la sénescence, traitement des infarctus cérébraux constitués, vertiges d'origine centrale et dyslexie. (...) En pratique quotidienne, si on peut être amené à s'interroger sur la prescription de ce médicament comme support de placébothérapie (au même titre que les autres petits psychotoniques alias «vasodilatateurs» disponibles), il convient de le faire en toute connaissance de cause, sans se laisser mystifier sur la valeur de la prescription.»

Qui croire, l'hebd. financé par les firmes pharmaceutiques, ou le mensuel indépendant financé à 93% par ses abonnés?

nière de vivre. Une chose est sûre: «les battements du coeur, la circulation du sang, la respiration, la faim et le sommeil reviennent régulièrement scander nos journées». Encore faut-il apprendre à reconnaître son propre rythme.

Pour se sentir bien dans sa peau, il faut trouver son équilibre. Apprendre à se tenir droit, à respirer, à se relaxer, fait partie de cette recherche de l'équilibre. Pour se dérouiller, se délier, s'étirer, il existe mille petits jeux à pratiquer à chaque moment de la journée: jeu du chat, jeu de la carpe, jeux d'yeux, de langue, de nez, de pieds, de mains, etc.

Et puis, bien sûr, il y a l'exercice physique en tant que tel, la danse, les sports, de toutes origines et de toutes natures, pour «ajouter à nos mouvements de la force, de l'endurance et de la beauté».

Ecrit par une kinésithérapeute ostéopathe et une psychologue, ce livre est très complet et surtout



très agréable à lire. Il fera la joie de nombreux enfants et adultes.

E. ATLANI-SOYER, A. VIDAL, dessins V. THEINHARDT, «Dans le mouvement! Bouger, respirer, sauter, danser, se remuer les méninges, aller de l'avant», Paris, Editions Hatier, 1990, collection Grain de sel, 92 pages. ■

Celles-ci sont occasionnées par les consommateurs qui demandent des soins, par les prestataires qui les dispensent, qui prescrivent des actes médicaux spécialisés ou encore des médicaments ainsi que par les milieux industriels soucieux de faire valoir leurs nouveaux produits.

Le problème de la régulation de la consommation médicale est complexe. Dans les pays industrialisés, c'est l'influence de facteurs aussi divers que le vieillissement de la population, l'évolution des modes de vie, la démocratisation des soins de santé et la spécialisation accrue des tâches dans l'exercice de la médecine, qui a provoqué une importante augmentation de la consommation médicale au cours des dernières décennies. En outre, les progrès technologiques ont fait de la santé un lieu d'investigation particulièrement convoité par l'industrie. La pression des lobbies industriels a contribué à stimuler la croissance des dépenses d'équipement et de matériaux médicaux et, à certains égards, a engendré un mode de gestion de la santé influencé par les exigences de la logique productiviste. L'automatisation d'un nombre accru de prestations médicales a rendu la production de masse aisée en même temps qu'elle a contraint les prestataires à maximiser leur niveau de productivité pour amortir des appareils vite obsolètes. Le recours à ces nouvelles gammes de prestations a augmenté de façon exponentielle en quelques années. Sans pour autant déconsidérer les bénéfices thérapeutiques qui s'en dégagent, l'idée de régulation conduit à examiner la question de l'élasticité de la consommation médicale par rapport aux énormes perspectives de production qu'offre l'appareillage médical actuel, élasticité favorisée par l'inefficacité relative des mécanismes classiques de régulation du marché, en raison du financement collectif d'une partie ou de la suprématie du principe de liberté thérapeutique, de la conviction in-

time de chacun qu'il faut tout faire pour sa santé et que celle-ci n'a pas de prix.

(...)

Si l'idée de régulation implique l'identification des facteurs qui favorisent la propension à recourir aux biens et services de santé, un autre aspect du problème, indissociable du premier, revient à dégager de l'analyse toute forme d'entrave à l'accès aux soins. On ne peut faire l'économie d'une étude relevant ici et là les intérêts des catégories sociales vulnérables et laissées pour compte dans le secteur.

Le premier chapitre de l'étude donne une évaluation du niveau de la consommation en soins et constitue une première approche des modes de consommation dans le secteur de la santé, notamment en fonction de l'intensité du risque de morbidité des assurés-consommateurs (chapitre 1). Le deuxième chapitre traite de l'incidence souvent dénoncée de l'offre médicale sur la consommation en volume et des conditions dans lesquelles cette hypothèse se trouve vérifiée. Plus fondamentalement, les problèmes de consommation médicale ont trait aux conditions de marché des biens et services médicaux et aux mesures normatives qui les régulent, au niveau des institutions de soins (chapitre 3) et dans le secteur des médicaments (chapitre 4). Les modes de consommation sont également déterminés par les modalités de financement applicables au secteur (chapitre 5). Quant aux particularités régionales susceptibles d'interférer sur la consommation au point de générer des divergences sensibles entre les différents endroits du pays, elles ont été étudiées au chapitre 6). Enfin, les modes de consommation médicale témoignent de certains managements considérés dans le dernier chapitre de l'étude, en guise de préalables à quelques orientations susceptibles de promouvoir un système de santé équilibré, au sein

duquel les consommateurs ne seraient pas tant des objets de consommation que des sujets de consommation, sur le plan individuel et collectif (chapitre 7).

Bien qu'elle s'inscrive dans le cadre des préoccupations relatives à la maîtrise de la croissance des dépenses de santé dans le pays, la présente étude se démarque d'autres travaux directement centrés sur les problèmes économiques et financiers par une approche plus qualitative du rôle joué par le consommateur et de la place qu'il occupe dans le système de santé, face aux professionnels dont il sollicite l'intervention.»

Nadine Fraselle, *La Consommation médicale en Belgique*, Centre de droit de la consommation - UCL, Academia et Bruylant, 1990, 227 p. ■

Médicaments et vieillissements

Nous avons présenté en son temps cette journée d'étude organisée par l'Union Chrétienne des Pensionnés. Ceux qui y ont participé viennent de recevoir le deuxième numéro des Cahiers de l'UCP, qui publie l'intégralité des intéressants exposés qu'on a pu y entendre, à savoir:

- Le secteur des médicaments: évolution des dépenses et du système (Jean Hermesse, Chef du service d'Etudes de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes);

- L'utilisation des médicaments chez les personnes âgées (Dr G. Lemaire, Croix Jaune et Blanche);

- L'utilité thérapeutique des médicaments du vieillissement (Professeur Herxheimer, Charing Cross Westminster Medical School, Department of Pharmacology);

- Une stratégie pour le médicament

Réflexions

L'enquête OMS «Les comportements de santé des jeunes» (2ème partie)

En juin, nous avons présenté dans ces pages l'enquête OMS sur les comportements de santé des jeunes (Education Santé 1990, n°49, pp.5-7). Nous aborderons aujourd'hui l'usage qui peut être fait des données collectées.

Appelons brièvement le but et la procédure de cette enquête: il s'agit de jeter les bases, dans chaque pays, d'une banque de données utiles pour la promotion de la santé des jeunes. Le questionnaire, distribué à un échantillon représentatif des écoles de la Communauté française, porte

- d'une part sur un ensemble de comportements à risque (par ex. le tabagisme) ou de comportements de protection (par ex. le port de la ceinture de sécurité) ayant des incidences potentielles, à plus ou moins long terme, sur la santé physique;

- d'autre part, sur différents paramètres qui permettent de situer les comportements observés dans l'ensemble du mode de vie, d'en considérer le dynamisme et d'en mesurer l'évolution;

- enfin, sur des données subjectives permettant de définir comment le jeune perçoit sa santé, son bien-être, ses possibilités et projets futurs, etc.

Pourquoi utiliser les données?

Les interrogations possibles se résument comme suit: «Quelle utilisation peut-on faire de cette enquête? A quels stades d'un projet

éducatif peut-on avoir besoin des données qu'elle fournit?» Autrement dit, à quelles questions l'étude OMS peut-elle répondre?

Si votre projet est de construire une action éducative inscrite dans la durée, planifiée pour répondre à un problème de santé publique dans une population spécifique, etc., il peut être nécessaire de se poser les questions suivantes selon un ordre désormais classique dont la première partie est adaptée de PRECEDE (Green 1980), reproduit ci-dessous à titre d'exemple. Nous verrons ensuite à quelles questions l'enquête OMS «Les comportements de santé des jeunes» apporte des (éléments de) réponses.

1. Analyse de la situation

1.1 PREMIÈRE PHASE: IDENTIFICATION ET ANALYSE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

- quels problèmes de santé entament le bien-être de la population considérée?

- A quelle échelle se présentent-ils? (Quelle est leur prévalence?);

- Comment évoluent-ils? Leur fréquence a-t-elle tendance à augmenter ou à diminuer? (il faut pouvoir ici mesurer l'apparition de nouveaux cas entre plusieurs périodes données, c'est-à-dire l'incidence);

- quels groupes sont les plus touchés? (quelle est la distribution des problèmes considérés?);

- quels facteurs permettent d'expli-

quer que ces problèmes surgissent chez certaines personnes ou certains groupes de population? (quels sont les facteurs de risque?);

Parmi ces facteurs de risque, on constatera que certains sont de nature biologique (ex: sexe, âge); d'autres sont liés à l'environnement physique ou social (pollution, conditions de travail, etc.); d'autres encore sont de type comportemental (ex: tabagisme, sexualité non protégée).

1.2 DEUXIÈME PHASE: DIAGNOSTIC COMPORTEMENTAL

C'est au niveau des facteurs de type comportemental que vont essentiellement porter les actions d'éducation pour la santé. (les actions sur l'environnement sont cette autre partie de la promotion de la santé qu'on appelle «protection de la santé»). La question est ici: «sur quel(s) comportement(s) peut-on doit porter l'action éducative?».

Toutefois les autres facteurs interviennent également dans la phase de diagnostic. Par exemple, les facteurs biologiques ne peuvent pas être modifiés, mais permettent d'identifier des groupes à risque (qui deviennent dès lors des groupes cibles! - ironie du langage épidémiologique..).

Quant aux facteurs liés à l'environnement, certains ne sont pas modifiables (le climat par exemple); d'autres le sont, moyennant des actions se situant plus ou moins (ou pas du tout) dans le secteur défini comme étant celui de la santé (de l'hygiène des cantines scolaires à l'aménagement des espaces urbains).

Quant aux comportements identifiés comme entraînant des risques, il convient d'en examiner la prévalence*, l'incidence* et la distribution; de voir lesquels sont les plus importants par rapport au problème visé, et lesquels sont les plus faciles à changer. Tous ces éléments interviendront dans la définition des comportements à modifier, autrement dit sont pris en compte pour la définition des objectifs de l'action éducative.

Un comportement n'est pas une habitude isolée, indépendant des autres comportements. C'est pourquoi il est souvent indispensable de considérer l'ensemble des comportements, c'est-à-dire le mode de vie.

Une deuxième question reliée à cette étape est donc: «quels sont les comportements associés au comportement considéré comme une habitude à promouvoir ou à modifier?».

1.3 TROISIÈME PHASE: DIAGNOSTIC ÉDUCATIF

Les objectifs «santé» étant précisés (en terme de comportements ou d'aptitudes à promouvoir, etc.), il reste à déterminer comment on va s'y prendre, pas encore au niveau des outils pédagogiques à utiliser, mais bien au niveau de la démarche éducative elle-même.

Tout comportement est la résultante d'un ensemble de facteurs, dont aucun n'entretient, de manière générale, une relation causale unique avec le comportement considéré. On se demandera donc, à ce stade de la réflexion:

- quels sont les facteurs associés aux comportements que l'on veut modifier (ou encourager), et sur quels facteurs il est possible d'intervenir (en tenant compte du mode de vie). Pour guider cette réflexion, on peut utilement se référer aux

trois types de facteurs définis par Green:

* les facteurs prédisposants, antérieurs au comportement considéré et qui en fournissent la cohérence, le sens; par exemple, la croyance en l'innocuité du tabac («ma grand-mère a 90 ans et fume comme un Turc») est un des éléments assurant la cohérence d'un comportement tabagique;

* les facteurs «potentialisants», également antérieurs au comportement, et qui en permettent la réalisation (le libre accès à la pharmacie familiale peut faciliter la consommation abusive de médicaments; l'argent de poche peut permettre la consommation journalière de cigarettes);

* les facteurs de renforcement, postérieurs au comportement, qui en fournissent la gratification (ou la punition) et peuvent donc contribuer à son maintien (ou son abandon); les facteurs de renforcement peuvent être anticipés; par exemple: «bois un coup, tu seras un homme mon fils».

Bien entendu, il faut se garder d'un raisonnement mécaniste: ces facteurs interviennent de manière complexe et interagissent. En particulier, il ne suffit pas d'éliminer les facteurs expliquant un comportement à risque pour éliminer ledit comportement dans l'ensemble de la population visée, surtout si cette dernière a déjà intégré cette habitude dans son mode de vie. Mais ceci est une autre histoire, qui demanderait de plus amples développements.

1.4 STRATÉGIES, OBJECTIFS ET PLACEMENT INSTITUTIONNEL

Les phases suivantes, que nous ne détaillerons pas ici, concernent la définition des objectifs, la sélection des stratégies, la détermination des ressources nécessaires et la décision du placement institutionnel (qui peut le mieux réaliser

l'intervention? quels sont les besoins de formation?). Ces phases résulteront des analyses faites aux étapes précédentes, des réalités institutionnelles et des contraintes budgétaires.

2. La planification, réalisation et évaluation

Nous brosserons rapidement les autres étapes de la construction d'une action éducative en rappelant au lecteur que nous n'avons pas l'ambition d'être exhaustif.

C'est seulement au stade de la planification que commence la préparation concrète de l'intervention et qu'on peut être amené à se poser les questions suivantes: Où trouve-t-on les groupes à risque définis plus haut? Quels sont leurs sources d'information? A quels types de message sont-ils sensibles? Quelle fréquence de contacts faut-il instaurer? Quels sont leurs rapports à la consommation, à l'argent, à la gratuité? Quels objectifs opérationnels réalistes peut-on fixer (en termes par exemple de contacts avec la population ou de pourcentage de participation à des activités)?

La réalisation d'une intervention amène des questions auxquelles le données de la recherche OMS «Les comportements de santé des jeunes» ne peut répondre. Par contre, cette étude peut être utilisée au niveau des évaluations des stratégies. En effet, lors des enquêtes menées dans les écoles, il est demandé au directeur de remplir un questionnaire concernant l'ensemble des élèves, par exemple, la vente de bonbons à la récréation ou la participation de l'école à un programme particulier d'éducation pour la santé. Certaines conditions méthodologiques étant strictement respectées, il est possible de comparer des écoles similaires suivant une politique d'éducation pour la santé différente.

A première vue, ces substances seraient efficaces puisqu'il y a eu 70 % de perte de poids, principalement avec les prescriptions magistrales et les anorexigènes.

Mais une fois le traitement terminé, il y a eu 70 % de reprise de poids, souvent même plus importante que ne l'avait été la perte!

On conclut donc à un résultat positif dans 20 % des cas avec toutefois une réserve: pour 13 % des produits qui ont fait perdre du poids, le traitement est toujours en cours. On se saurait donc pas déterminer s'il y aura reprise de poids ou si la perte sera conservée.

En plus de ces résultats peu probants, les effets indésirables sont assez fréquents, essentiellement la sécheresse de la bouche, caractéristique des anorexigènes, la sensation de faim, les malaises et les phénomènes dépressifs.

La place trop peu importante accordée à une alimentation saine et équilibrée pourrait en partie expliquer la reprise de poids car les mauvaises habitudes alimentaires n'ont pas été modifiées (ou pas assez) pendant la cure.

Ces «médicaments» sembleraient donc utilisés pour se substituer à une volonté défaillante des patients. Ce qu'ils confirment d'ailleurs: bien que la plupart reconnaissent que ce n'est pas la manière idéale de perdre du poids et que ces substances peuvent se révéler dangereuses pour la santé (83 % des personnes interrogées le pensent), ils y ont (eu) recours parce que c'est plus facile que de faire un régime, que cela demande moins d'efforts et qu'il n'est pas nécessaire de se priver.

Néanmoins, la diététique a un rôle considérable à jouer car ces sujets demandent une éducation nutritionnelle que les pharmaciens, vendeurs et même médecins-prescripteurs

semblent peu formés à donner.

En effet, peu de patients ont reçu des conseils diététiques, et ils le regrettent. Les diététiciens pourraient donc intervenir sur ces 2 tableaux:

- concentrer surtout leur attention sur l'éducation nutritionnelle du public;

- assurer l'information diététique des pharmaciens (et des vendeurs de produits amaigrissants).

En parlant des médecins, un petit nombre d'entre eux répondent à une demande de leur clientèle sans tenir compte des dangers et du point de vue médical pour lequel ils sont formés.

C'est assez regrettable.

Pour conclure...

On peut dire que l'avis des scientifiques est confirmé par cette enquête et que, actuellement, ces substances médicamenteuses ne constituent pas une solution aux problèmes de poids.

Leur place devrait être restreinte et accessoire par rapport à un régime alimentaire bien mené et à une éducation nutritionnelle, facteurs indispensables à une perte de poids satisfaisante et durable.

Les perspectives d'avenir ne sont toutefois pas négligeables grâce aux recherches sur les mécanismes du comportement alimentaire et de ses troubles ainsi qu'aux tentatives de mise au point de substances dénuées d'effets secondaires.

Ce travail n'a bien sûr constitué qu'une approche d'un vaste sujet et il serait certainement intéressant d'effectuer une étude plus approfondie de l'un ou l'autre médicament en particulier.

Christine Beauvoix, IPESP Liège ■

La consommation médicale en Belgique

L'ouvrage de Nadine Frassel consacré à «La consommation médicale en Belgique» a été largement présenté dans la presse. Même s'il n'aborde pas directement le domaine de la consommation des soins préventifs, il nous semble pourtant susceptible d'intéresser de nombreux lecteurs d'Education Santé. Tout d'abord parce que la consommation de soins de santé constitue en elle-même un domaine important de l'éducation pour la santé, ainsi qu'en témoignent nos suppléments à ce numéro et au précédent consacrés essentiellement à la problématique des tranquillisants. Mais aussi parce que l'évolution quantitative des prestations peut nous fournir des indications précieuses dans la définition des actions à mener en priorité.

L'étude a été commanditée par le Ministre des Affaires Sociales Philippe Busquin: contrairement à certains, nous ne pensons pas que cela suffise pour mettre en doute l'objectivité et la compétence de l'auteur.

L'introduction de l'ouvrage en constitue une excellente synthèse dont nous nous contenterons de citer ici de larges extraits:

«Parmi les divers secteurs de la sécurité sociale, l'assurance maladie-invalidité, et spécifiquement la branche soins de santé, revêt un caractère particulier en fonction du grand nombre d'agents et d'organismes intermédiaires qui agissent dans le système et dont les interventions influencent l'évolution de la consommation et des dépenses de soins.

cholaminergiques; de la somnolence et des problèmes dépressifs et psychiatriques pour les sérotoninergiques.

LES EXTRAITS THYROÏDIENS

Ces substances augmentent les dépenses du métabolisme de base.

Elles sont à réprouver totalement chez les personnes ayant un fonctionnement thyroïdien normal en raison des dangers qu'ils représentent pour la santé, les plus importants étant une perte de masse maigre, des troubles cardiaques, et une déminéralisation osseuse, sans compter, qu'à long terme, une hypothyroïdie secondaire peut s'installer.

LES DIURÉTIQUES

Ils augmentent la diurèse.

Dans l'esprit de certaines personnes, ils font perdre du poids parce qu'ils font uriner souvent. Or, l'ingéré calorique n'est pas modifié et c'est de l'eau qui est perdue.

De plus, l'utilisation répétée de diurétiques puissants peut conduire à de graves désordres électrolytiques entraînant, entre autres, des troubles cardiaques.

Ils sont donc inutiles et dangereux.

LES LAXATIFS

Ces substances sont destinées à favoriser l'évacuation des selles.

Les laxatifs irritants, les plus employés pour tenter de perdre du poids et présents dans les préparations apparemment inoffensives telles que tisanes amaigrissantes, pilules végétales... sont également dangereux.

Une alimentation riche en fibres serait plus bénéfique pour améliorer un état de constipation car elle ne présente pas tous les inconvé-

nients attribués à ces laxatifs comme l'hypokaliémie, l'altération des muqueuses intestinales et l'accoutumance.

LES COCKTAILS AMAIGRISSANTS

Il s'agit d'associations des substances précédentes additionnées, éventuellement, d'anxiolytiques, tonocardiaques... et émanant, généralement, de prescriptions magistrales.

Ils ont une action spectaculaire sur le poids mais leurs effets secondaires sont nombreux et importants. Ils sont donc formellement contre-indiqués.

A signaler que la plupart d'entre eux sont prétendus homéopathiques par leurs médecins-prescripteurs, donc supposés non dangereux, alors qu'après analyse des ordonnances, on s'aperçoit qu'il n'en est rien.

LES ALIMENTS DE LEST ET LES MUCILAGES

Substances qui assurent une sensation de remplissage gastrique sans apport énergétique.

Ils sont d'une faible efficacité et pourraient plus judicieusement être remplacés par une alimentation riche en fibres, mais ils sont dépourvus de toxicité et pourraient aider certaines personnes à perdre du poids, par une sorte d'effet placebo, tout comme les véritables substances homéopathiques.

En conclusion

Le bilan est donc négatif, ces substances n'étant généralement efficaces que le temps de leur utilisation.

De plus, toutes induisent une diminution de la masse maigre sans parfois (même souvent) avoir d'effet sur la masse grasse. D'autre part, elles n'ont aucun objectif de

(ré)éducation nutritionnelle et de modification des habitudes alimentaires (solution de facilité).

2. La pratique

De nombreuses personnes ayant recours à ce type de substances et émettant des opinions les plus diverses les concernant, un questionnaire a été établi pour ces consommateurs afin d'obtenir leur avis et le comparer aux observations des scientifiques.

Après analyse des résultats, il ressort de cette enquête que les consommateurs de substances médicamenteuses sont essentiellement des femmes de 20 à 50 ans, d'un niveau d'études moyen, peu sportives, sans profession ou exerçant un métier plutôt sédentaire.

Il faut cependant relativiser car la petite taille de l'échantillon (64 sujets) ne permet pas de généraliser à toute la population.

A noter que très peu d'hommes ont répondu (4/64).

Les motivations principales à perdre du poids sont des raisons esthétiques et vestimentaires ainsi que le besoin de confort et de bien-être.

Les raisons de santé sont peu évoquées bien que 18 % des femmes présentent de l'HTA et que 3 hommes sur 4 ont des facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires.

Pour la plupart des femmes, le problème de poids a débuté à l'adolescence ou lors du mariage et de la naissance des enfants.

Les substances rencontrant le plus grand succès sont les prescriptions magistrales et les anorexigènes, prescrits par les médecins, ensuite les tisanes amaigrissantes et la cure «Zéro-Trois», bénéficiant d'une énorme publicité dans les médias.

En résumé

Pour nous résumer, soulignons qu'à toutes les phases de l'analyse les questions suivent, en gros, toujours la même trame:

- quoi? (quel problème; quels facteurs de risque; quels facteurs favorisent les comportements à risque; quel mode de vie ou partie de mode de vie considérer);
- qui? (souffre ou risque de souffrir du problème; présente les facteurs de risque; est soumis aux facteurs influençant les comportements à risque; fait partie de l'entourage des groupes à risque et doit également être compris dans le public de l'intervention);
- combien (quelle est la taille de la population qui souffre ou risque de souffrir du problème, est soumis aux facteurs etc.);
- comment? (où trouver le public visé; quels canaux de communication employer);
- pourquoi? (comment justifier les décisions prises parmi les alternatives);
- quels résultats avons-nous obtenus?

Utilité de l'étude OMS sur le mode de vie

On le voit, les données fournies par l'enquête OMS sur les comportements de santé des jeunes peuvent enrichir la réflexion des éducateurs à plusieurs étapes:

- La prévalence de certains comportements peut être appréciée de manière directe. Il s'agit, tant de comportements à risque (tabagisme, consommation de médicaments, etc.) que de comportements protecteurs (ex: port de la ceinture

de sécurité, utilisation du préservatif). En ventilant les prévalences par région, âge, sexe, type d'enseignement, degré d'étude, ces données donnent une «photographie» assez nette des comportements liés à la santé chez les jeunes scolarisés en Communauté française. Ce premier niveau de lecture permet de répondre à la question: «quels comportements, reconnus comme étant liés aux problèmes de santé prioritaires, sont-ils suffisamment fréquents pour justifier une action? Vers quels groupes plus particuliers cette action devrait-elle être prioritairement dirigée?»

- La logique des comportements pourra être approchée grâce à un deuxième niveau de lecture, plus complexe. Il exigera le plus souvent un traitement particulier des données, en fonction des questions que l'on se pose.

Certaines analyses de ce type ont été faites en Belgique et dans d'autres pays, permettant de mettre en évidence certains facteurs liés aux comportements à risques (ou comportements protecteurs). Les facteurs liés aux comportements ne sont pas toujours modifiables, même s'ils enrichissent la connaissance des phénomènes étudiés. Par exemple, l'analyse des données 86 a montré que les jeunes filles ont plus d'activités sportives lorsqu'elles ont une soeur aînée qui fait du sport. Il serait évidemment audacieux d'en conclure que le droit à la santé passe par la distribution de soeurs aînées. Par contre, il est possible de tirer de cette analyse une hypothèse de travail pour les interventions éducatives, à savoir, la promotion du sport en famille.

- D'autres résultats ont un intérêt manifeste sur le plan opérationnel. On constate ainsi que certains comportements à risque sont associés entre eux avec une certaine fréquence (consommation d'alcool, de tabac ou de médicaments), ce qui permet de faire l'hypothèse

qu'une action dirigée sur un comportement isolé pourrait rester sans effet.

On constate également un cumul de comportements à risque dans certains groupes (Dorta, 1988); ainsi que l'existence d'une association entre l'intégration du jeune dans ses différents milieux de vie et l'adoption de comportements à risque (Eder 1990; Piette, Humblet et Prévost 1990).

- D'autres analyses montrent qu'une action sur l'environnement scolaire serait utile, particulièrement dans certains types d'enseignement; c'est ainsi que les écoles professionnelles semblent vendre plus souvent des sucreries.

- Les maux de dos, signalés plus fréquemment dans l'enseignement professionnel, pourraient faire l'objet d'une action de prévention, surtout lorsqu'on s'aperçoit que les plaintes concernant le dos apparaissent déjà avant l'entrée dans les ateliers.

- L'influence de l'environnement familial, déjà repérable dans les données de 88, peut être approfondie grâce aux données 90 portant, entre autres, sur la consommation familiale de tabac, d'alcool, de médicaments. Ces données peuvent aider à la préparation des actions concertées école-famille.

- Il est également intéressant de se pencher sur les processus de changement. Les données 88 montrent, par exemple, qu'une proportion non négligeable de jeunes fumeurs ont déjà essayé d'arrêter de fumer ou le désirent. L'étude des processus de changement pourra également être approfondie grâce aux données 90.



Un exemple concret

Prenons l'exemple de la nutrition dont l'importance épidémiologique n'est plus à démontrer.

Les enquêtes successives nous donnent la prévalence de comportements à risque comme l'insuffisance de la consommation de fruits et de légumes, la consommation trop fréquente de frites (comportements à risque) ou la consommation de fibres (comportement de protection).

Les données permettent donc de répondre à des questions épidémiologiques:

- ☞ quels sont les comportements à risque?
- ☞ quels sont les comportements de protection?
- ☞ quelle est l'ampleur du comportement identifié?
- ☞ la fréquence de ce comportement évolue-t-elle?
- ☞ la répartition de ce comportement est-elle uniforme?

Ce problème des carences ou des excès alimentaires une fois défini, il est intéressant d'essayer de comprendre le phénomène. Les données nous permettent de mieux circonscrire les comportements étudiés et de répondre à des questions relatives au diagnostic comportemental:

- ☞ peut-on expliquer les différences constatées?
- ☞ y-a-t-il moyen de trouver des facteurs associés au comportement considéré, qui pourraient donner des pistes pour en expliquer la logique?

Il semble intéressant de donner ici quelques exemples tirés des résultats

de l'enquête 1986 (Piette et Roger, brochure épuisée) ou 1988 (Prévost et Piette, à paraître en 1990).

- Les jeunes qui ne mangent pas de fruits/légumes chaque jour, sont plus nombreux parmi ceux qui n'ont pas un vrai repas, ni à l'école ni chez eux.

- Les jeunes qui ne prennent pas de petit déjeuner se trouvent principalement parmi ceux qui se lèvent très tard ou très tôt.

- 23% des garçons et 30% des filles du secondaire disent manger à midi «dans un snack, un café, un quick».

Ces quelques données nous indiquent l'importance de considérer les rythmes de vie individuels (ex: se lever trop tard), familiaux (pas de tradition de repas en famille) ou entre amis (sortir de l'école et se délasser entre amis pendant midi) pour construire des programmes ou stratégies d'éducation nutritionnelle; ou encore, l'importance d'associer la famille aux activités éducatives conduites à l'école. Ces résultats fournissent donc des hypothèses de travail pour la définition du diagnostic éducatif.

Un autre type de questions appartenant au diagnostic éducatif est relatif aux mesures concernant l'environnement physique:

☞ quelle est l'influence de la politique alimentaire (de la cantine, de la vente de bonbons pendant la récréation) sur les comportements des élèves? L'influence d'autres aspects de la politique (ex: la sortie libre pendant midi, la proposition d'activités de loisirs pendant le temps de midi)?

Il y a d'autres implications des résultats qui sont utiles pour l'éducation pour la santé. Citons encore que l'enquête 1986, menée parmi les enseignants du primaire ou du secondaire des classes interrogées a montré que, d'une manière générale,

les enseignants du primaire avaient une estimation correcte des comportements de leurs élèves mais que les enseignants du secondaire avaient une image négative de leurs élèves. Ils avaient une tendance à surestimer les comportements à risque et à sous-estimer les comportements de protection.

Les questions ne sont pas épuisées. Les données peuvent donner des éléments de réponses aux questions suivantes:

- ☞ quelle est la relation entre alimentation/précarité financière?
- ☞ quelle est la relation entre alimentation/structuration du temps en famille?
- ☞ l'école peut-elle jouer un rôle de substitut par rapport à la famille?

Les comparaisons internationales enrichissent considérablement les résultats. Nous ne citerons ici que trois exemples. Le premier concerne la définition des objectifs comportementaux. En effet, si dans un domaine considéré, la Communauté française présente plus de comportements à risque que les pays voisins, la prévalence la plus favorable à la santé indique un objectif possible à atteindre, un problème vulnérable aux interventions de promotion de la santé. C'est ce que nous montre la comparaison internationale des données 1986 où la Communauté française présentait la prévalence la plus élevée des 12 pays participants en ce qui concerne la consommation de médicaments «pour dormir» et «contre la nervosité».

Un deuxième exemple concerne l'école. Lors de l'analyse des modes de vie des jeunes, il est facile d'arriver à la conclusion qu'il faut changer l'école. Les jeunes ne paraissent pas très heureux et l'école est trop ou pas assez tolérante, les horaires sont trop chargés, etc.

Lu pour vous

Maigrir? oui, ... mais!

Nous vous avons parlé récemment (n°50, septembre 1990, page 41) de la brochure «Le stress... et si on s'arrêtait?», fruit du travail réalisé dans les ateliers de gestion du stress organisés par les Femmes Prévoyantes Socialistes et l'Union Nationale des Mutualités Socialistes.

D'autres ateliers ont été mis sur pied sur les problèmes d'alimentation. Tout logiquement, voici la brochure «Maigrir? Oui, ... mais!», réalisée par Marie-Line Van Nieuwenhuysse, responsable des ateliers «Alimentation - Diététique» et Jean-Louis Pestiaux, responsable du département Promotion de la Santé de l'UNMS.

Un premier chapitre permet au lecteur d'évaluer son poids réel, de définir son poids désiré, de comprendre ses motivations à maigrir, de faire le bilan de son alimentation et de ses connaissances sur les aliments qu'il consomme, ou encore de son activité physique.

Le chapitre suivant met en question les différentes méthodes amaigrissantes les plus couramment pratiquées, synthétisant leurs intérêts, inconvénients ou dangers respectifs.

Enfin, quelques conseils pour modifier et équilibrer son alimentation précèdent une table abrégée des calories par groupe d'aliments.



«Maigrir? Oui, ... mais!», disponible au prix de 150 FB. Renseignements sur la brochure et sur les ateliers «Alimentation - Diététique» auprès de l'U.N.M.S. - Promotion de la Santé, rue Saint-Jean 32-38, 1000 Bruxelles, tél. 02/515.05.85. ■

Des médicaments pour maigrir?

Dans le cadre de ses études de diététique, Christine Beauvoix a consacré son mémoire à l'étude des substances médicamenteuses utilisées dans le traitement de l'obésité. Elle a tenté de déterminer si ces méthodes sont efficaces et peuvent constituer une solution aux problèmes de poids, tout en tenant compte des effets indésirables qu'elles pourraient provoquer.

Cette étude comprend une partie théorique, reprenant les avis et

constatations des scientifiques spécialisés dans le domaine de l'obésité, et une partie pratique, recueillant l'opinion de consommateurs de substances médicamenteuses.

Cette étudiante très motivée (et fidèle lectrice d'Education Santé) a pris la peine de rédiger et de nous transmettre une synthèse de son mémoire. Nous le publions volontiers car, bien que technique, il nous semble de nature à intéresser nos lecteurs.

1. Les substances

LES ANOREXIGENES

Ces molécules chimiques ont pour but de supprimer la sensation de faim. On distingue les catécholaminergiques, qui inhibent le centre de la faim, et les sérotoninergiques, qui stimulent le centre de satiété.

Ces derniers ne sont pas vraiment des anorexigènes au sens propre du terme car ils ne suppriment pas la sensation de faim mais induisent une sensation de satiété.

Dans les deux cas, on observe une diminution de la prise alimentaire avec, dans certaines conditions, une diminution des apports glucidiques et un maintien des apports protéiques.

Mais, ces substances ont de nombreux effets indésirables, les plus importants étant les problèmes cardio-vasculaires, une dépendance et une toxicomanie pour les caté-

Matériel didactique en éducation pour la santé

Le Service Education pour la Santé de la Croix-Rouge de Belgique vient de publier son catalogue du matériel didactique pour l'année scolaire 1990/1991. Rappelons à cette occasion qu'il fait partie des 14 services d'éducation pour la santé agréés par le Ministère de la Santé de la Communauté française de

Belgique, avec pour mission d'assurer la gestion du service «jeunes en âge scolaire».

Ce nouveau catalogue décrit les différentes actions du service et les projets en cours (alimentation dans le secondaire, éducation à la sécurité), ainsi que le matériel didactique

actuellement disponible, répertorié par classe d'âge.

Le catalogue du matériel didactique 1990/1991 peut être demandé au Service Education pour la Santé de la Croix-Rouge de Belgique, chaussée de Vleurgat 84, 1050 Bruxelles, tél. 02/645.46.62..

Description du matériel didactique

POUR LES ELEVES

de 5 à 8 ans

1. "Carnet sécurité": ensemble de 12 feuillets détachables proposant aux enfants des coloriages, collages, etc... ES0027 (voir aussi n° 13)
2. "Carnet hygiène": ensemble de 12 feuillets détachables, proposant aux enfants des coloriages, découpages, etc... ES0043 (Voir aussi n° 14).
3. "Notre classe va à la visite médicale": carnet préparant à la visite médicale scolaire. ES0137 (voir aussi n° 12).
4. "Moi j'me les brosse" carnet-calendrier permettant d'indiquer le brossage quotidien des dents. ES0191

de 9 à 10 ans

5. "Je joue avec Kitou" carnet de jeux et d'exercices relatifs à l'hygiène dentaire. ES0193.

de 9 à 12 ans

6. "Objectif sécurité" carnet d'exercices. ES0031

de 10 à 12 ans

7. "Propre de la tête aux pieds" carnet traitant de l'hygiène corporelle. ES0169.
8. "La récré de Kitou" idem n°5. ES0195

de 6 à 17 ans

9. "Il était une fois les poux": BD expliquant les différents aspects de la pédiculose. ES0177

de 12 à 18 ans

10. "Le bon usage de la TV" conseils pour un usage judicieux de la TV. ES0153

de 15 à 18 ans

11. "Choisir son mode de vie" conseils sur l'alimentation, l'hygiène de vie, l'activité physique, etc... ES0075.

POUR LA CLASSE

Posters en 4 parties "Dents 2000". ES0211A-B-C-D

POUR LES ENSEIGNANTS

12. Carnet explicatif du ES0137, déroulement de la visite médicale et conseils pour préparer les enfants (voir n°3); ES0135
13. Carnet explicatif des conseils donnés dans le ES0027 (voir n° 2). ES027T
14. Carnet explicatif des conseils donnés dans le ES0043 (voir n° 1). ES0045
15. "Hygiène personnelle" synthèse des notions de base d'hygiène et des petits soins concernant les différentes parties du corps. ES0139.
16. "Le sommeil" fait le point sur ce thème. ES0141
17. "Le bon usage des médicaments" donne une information générale sur la consommation des médicaments. ES0147
18. "Les vaccinations" fait le point sur les données relatives aux vaccinations. ES0171
19. "Les poux" résume les données scientifiques relatives aux produits à utiliser pour combattre la pédiculose. ES0179
20. "Les drogues", approche globale du problème et description des grandes orientations préventives en Communauté française. ES0183
21. "Dents 2000" aborde la dentition, le mécanisme de la carie, le brossage... ES 0189.
22. Doss. pédagogique "Dents 2000" fiches proposant des activités à intégrer dans les différents cours. ES0209
23. Fiches d'animation traitant de l'hygiène dentaire, du tabac, de la sécurité et de l'alimentation pour tous les niveaux de l'enseignement. ES0165
24. Doss. pédag. "Le Sida" outil de référence scientifique permettant d'aborder ce thème à l'école. ES0217

Les comparaisons des données montrent que ce mal-être est commun aux jeunes européens, quelle que soit l'organisation de l'école et des loisirs (par exemple en Suède, en Hongrie, en Belgique, en Espagne ou en Israël). Le problème paraît donc se situer plus au niveau des personnes en contact avec les jeunes et/ou au niveau des problèmes de société qu'au niveau de l'organisation scolaire.

Enfin, l'évolution de la prévalence des comportements dans le temps va nous indiquer quelle politique de prévention et de promotion de la santé a un impact positif sur les comportements des jeunes. Nous pourrions observer, par exemple, si oui ou non les mesures législatives de lutte contre le tabagisme réalisées dans 2 ou 3 pays ont un impact positif sur les comportements de santé.

Une nécessaire interaction recherche/terrain

Ces différents niveaux d'examen des données sont complémentaires. Ils nécessitent une collaboration entre l'équipe qui mène les analyses et les équipes qui construisent des projets éducatifs. En effet, un organisme souhaitant réaliser un projet sur un thème précis, doit pouvoir identifier quels sont les groupes les plus à risque, quels sont les comportements à modifier; il lui sera également utile de comprendre les facteurs favorisant les comportements visés, et il sera peut-être amené à envisager une action portant sur des éléments qu'il n'aurait pas, a priori, considéré comme relevant de sa compétence. Vice-versa, pour mener des analyses pertinentes pour la promotion de la santé des jeunes, nous devons connaître les besoins de ceux qui décident et planifient les programmes d'interventions.

Les données de l'enquête ne répondront pas à toutes les questions des planificateurs et ne leur permettront peut-être pas de déterminer toutes les facettes de l'action qu'ils souhaitent entreprendre. Ils ressentiront peut-être le besoin d'affiner les hypothèses, d'en construire de nouvelles, basées sur leur connaissance du terrain. Les données de l'enquête peuvent être davantage analysées. Elles peuvent également planter le décor à partir duquel on envisagera éventuellement une étude locale, qualitative ou quantitative. De telles études ont déjà été menées, et nous aurons sans doute l'occasion d'en évoquer les apports.

Une autre possibilité est offerte par le caractère récurrent de l'enquête internationale: des nouvelles questions peuvent être intégrées lors de la prochaine enquête prévue en 1994; ceci a déjà été fait et nous en reparlerons également.

Il est intéressant de dire quelques mots concernant le niveau d'action des éducateurs pour la santé. Les besoins d'informations chiffrées sont en effet différents si on est enseignant face à une classe ou si on est responsable de la construction des programmes pour l'ensemble d'un groupe de jeunes réparti dans toute la Communauté française. Les exemples cités plus haut traitent principalement des questions relatives à une action au niveau de la Communauté ou d'une province. Toutefois, les données de l'étude peuvent également guider l'éducateur local. En effet, notre Communauté est relativement petite et homogène (par comparaison avec la France, l'Allemagne ou l'Italie): les résultats varient peu d'une école à une autre si, et seulement si, le type d'enseignement, le sexe et l'âge sont similaires.

Autrement dit, il est pertinent pour un médecin scolaire par exemple, d'examiner les résultats concernant les filles de 12 à 15 ans de l'enseignement professionnel si ce groupe

de jeunes représente le public auquel il voudrait s'adresser. Mais il ne serait pas correct de se baser sur la moyenne des résultats concernant toutes les jeunes filles pour estimer un paramètre dans un groupe précis de population.

C. Classe a utilisé le questionnaire OMS pour mener une enquête dans une école secondaire. Il observe dans cette école des résultats semblables aux résultats OMS pour le même groupe de jeunes et cela, concernant toutes les variables sauf le tabagisme. Il remarque toutefois que cette différence n'influence pas le choix d'une stratégie d'éducation pour la santé et conclut que les résultats OMS sont suffisants pour justifier une action à l'échelon local. Notons en passant que les résultats obtenus relatifs au tabagisme étaient différents de la moyenne mais se trouvaient dans les limites de la déviation standard.

Classe relève une autre utilisation des données: la discussion des résultats d'une enquête (étude OMS ou enquête locale) peut sensibiliser les élèves et toute la Communauté éducative et servir de point de départ à des actions d'éducation pour la santé.

Que faire pratiquement pour exploiter les données de cette étude OMS?

La liste des documents disponibles a été publiée avec l'article paru en juin dans Education Santé. Rappelons que les documents sont disponibles dans les Commissions Locales



les de Coordination (renseignement à la FARES, 02/512 29 36).

Utilisation des données 1986, 1988 et (bientôt) 1990

Si, après avoir consulté ces documents, vous ne trouvez pas de réponses à vos questions ou vous désirez approfondir l'analyse des données, nous vous proposons,

- si vous travaillez au niveau local: de mettre sur pied un groupe de travail avec l'aide de votre Commission locale et du service agréé concerné par le thème à étudier (exemple: l'alimentation, l'alcool, etc.); de faire l'inventaire des ressources locales en terme de données (il en existe plus qu'on ne le pense); si un besoin reste sans réponses, demandez à votre Commission Locale de prendre contact avec nous.

- si vous travaillez au niveau de la Communauté, contactez-nous (Marianne Prévost, 02/526 40 97).

Si vous êtes étudiants ou chercheurs, et que vous connaissez le SPSS, il est possible de vous donner accès à la banque de données belges et étrangères si vous vous engagez à respecter le protocole administratif d'accès aux données.

Ajoutons que nous travaillons à rendre les données disponibles par modem. Mais nous aurons l'occasion de vous en reparler lorsque ce projet prendra une forme plus concrète.

Collaboration aux enquêtes futures

Nous avons déjà mentionné ce type de collaboration possible qui consiste à ajouter aux questionnaires belges ou même européens, des

questions que vous nous proposeriez. La prochaine enquête aura lieu au printemps 1994. Si cette possibilité vous intéresse, il est important de noter que des propositions de questions doivent déjà nous parvenir en septembre 1992. Ces contraintes s'expliquent par le travail international de sélection des questions spécifiques à chaque enquête (par opposition au «core») et par les enquêtes pilotes et les tests que de nouvelles questions rendent indispensables.

Nous pouvons également vous aider à construire une enquête en utilisant en tout ou en partie le questionnaire OMS à certaines conditions (exemple: respect de la confidentialité, analyse des données dans notre service, etc.). Le questionnaire n'est pas distribué, il se trouve pratiquement (mais non légalement) sous copyright OMS.

Pour conclure

Il est pertinent de se féliciter de l'appui successif des Ministres de la Santé de la Communauté française puis du Fonds de la Recherche Scientifique Médicale qui ont permis la conduite des enquêtes successives. L'étude dont nous vous avons parlé n'est pas unique. D'autres ont mené ou mèneront des enquêtes similaires. Celle dont nous vous avons parlé présente toutefois des caractéristiques particulières qui sont:

- la représentativité de l'échantillon qui couvre l'ensemble des jeunes de la Communauté française;

- la conduite de cette enquête dans plusieurs pays européens, ce qui permet des comparaisons internationales;

- la répétition des enquêtes standardisées et donc la possibilité d'observer l'évolution des comportements dans le temps;

- le but de l'enquête qui est clairement la promotion de la santé des jeunes et non (seulement) l'augmentation des connaissances du mode de vie des jeunes;

- l'approche globale de la santé des jeunes qui permet une analyse en terme de mode de vie, ce qui dépasse de loin la simple description de comportements à risque.

Cette dernière caractéristique est extrêmement utile dans un cadre d'éducation pour la santé. Toutefois, elle a aussi un désavantage. Comme le questionnaire est forcément limité (il doit être rempli en une heure de cours), il ne peut approfondir tous les thèmes. De plus, les données concernent les comportements tels que décrits ou ressentis par les enfants. Nous avons des informations sur la fréquence de la consommation d'alcool par exemple, mais l'enquête ne nous permet pas de dire quelle quantité d'alcool est exactement consommée. Bien que les informations fournies par l'enquête OMS soient généralement suffisantes pour construire une intervention éducative, il peut être nécessaire de mener des analyses complémentaires thématiques pour mieux cerner, mesurer ou comprendre un problème particulier.

En résumé, l'enquête OMS fournit des informations extrêmement riches qui sont actuellement sous-employées. Nous vous invitons à en faire une utilisation optimale. Nous vous proposons également de tenir compte de vos besoins lors de la sélection des questions des enquêtes futures. Enfin, si les circonstances le permettent, et en concertation avec les Services agréés et les Commissions Locales de Coordination, nous pouvons vous aider à mieux répondre aux questions qui se posent dans votre travail pour autant que celles-ci soient relatives à des données chiffrées.

Matériel

Auto-examen des seins

L'Oeuvre Belge du Cancer a réalisé un vidéogramme «Dépister pour guérir» expliquant la bonne façon de procéder à l'auto-examen des seins, et indiquant la marche à suivre en cas de doute ou de détection d'une anomalie. Ce programme bref (une dizaine de minutes) peut être montré par le médecin généraliste (souvent en première ligne en matière de dépistage) à sa patiente à l'occasion d'une consultation.

De plus, un dépliant aide-mémoire rappelant les gestes à effectuer est également disponible. Photo ou dessin, les auteurs ont choisi la seconde technique, comme d'ailleurs leurs concurrents de l'Association contre le cancer. Le résultat ne nous paraît pas à la hauteur d'un imprimé plus ancien ayant utilisé exclusivement la photographie, et produit par le Centre de Prévention et Dépistage Précoce de l'UCL.



Plus fondamentalement, on peut se poser la question de l'utilité réelle de l'auto-examen. Ainsi, un groupe d'experts américains a déclaré que son efficacité n'est pas clairement établie. Il est possible que l'auto-examen soit un appoint utile entre

deux visites de dépistage (examen clinique et mammographie), mais cela n'est pas prouvé. Voici ce que la revue Prescrire en disait en septembre 1988 (77:358).

«Beaucoup d'autres questions restent sans réponse. En particulier: quel est l'effet de l'auto-examen des seins sur les consultations médicales et sur le degré d'anxiété des femmes ainsi suivies? Quelles sont les conséquences respectives des différentes techniques d'information utilisées sur les modalités, la fréquence, les performances de l'auto-examen des seins? Quel est le coût financier des diverses méthodes d'information?»

«Ces questions devraient être approfondies et des études complémentaires permettant d'évaluer l'efficacité de l'auto-examen des seins devraient être une priorité.»

«Dans l'état actuel des connaissances, le groupe d'experts ne peut faire aucune recommandation sur l'inclusion ou l'exclusion de l'enseignement de l'auto-examen des seins au cours de l'examen clinique régulier.»

L'Oeuvre Belge du Cancer et/ou l'Association contre le cancer ne pourraient-elles pas consacrer une partie de leurs moyens au financement d'une étude sérieuse sur le sujet? ■

Il est plus satisfaisant de casser du sucre sur le dos des édulcorants de synthèse que de casser de l'édulcorant de synthèse sur le dos du sucre (Jean-Pierre Coffe)

Compendium compliqué

L'Association Belge des Diététiciens vient de publier l'édition 1990-1991 de son «Compendium». On y trouve un grand nombre de marques de produits alimentaires «à formules ou à consistance modifiées» qui peuvent être prescrites au patient.

Les produits sont classés dans un ordre calqué sur celui des rayons d'une grande surface.

En parcourant la brochure, on a la désagréable impression qu'il s'agit d'un luxueux catalogue publicitaire auquel les indications d'analyse des produits servent d'alibi. Et comme l'aspect publicitaire est primordial, l'aspect information lui est subordonné, et doit se contenter de la place que les pubs daignent lui concéder. Moralité: le lecteur a toutes les peines du monde à s'y retrouver.

L'avantage c'est que cela n'a pas dû coûter cher à l'ABD. Mais ce genre de publication n'ajoutera vraiment rien à sa gloire...

Le compendium 1990-1991 est distribué gratuitement. Pour le recevoir par la poste, il faut joindre 100 francs en timbres à la demande adressée à ABD, Bd. du Souverain 146, 1160 Bruxelles. ■

- n°47, 04/90 (Supplément).
- Ce que vous pensez d'Education Santé, n°49, 06/90, pp.3-4 (Réflexions).
- PREVOST M., PIETTE D., L'enquête OMS «Les comportements de santé des jeunes» (1ère partie), n°49, 06/90, pp.5-7 (Réflexions).
- THOMAS A.-D., Education Santé: l'évaluation, n°50, 09/90, pp.3-10 (Réflexions).
- PREVOST M., PIETTE D., L'enquête OMS «Les comportements de santé des jeunes» (2ème partie), n°53, 12/90, pp.3-9 (Réflexions).
- PESTIAUX J.L., MARQUES M., VAN NIEUWENHUYSE M.L., Evaluation Atelier Diététique, n°53, 12/90 (Supplément)
- PESTIAUX J.L., MARQUES M., VAN NIEUWENHUYSE M.L., Evaluation Atelier Alimentation, n°53, 12/90 (Supplément)
- PESTIAUX J.L., MARQUES M., VAN NIEUWENHUYSE M.L., Evaluation Atelier Gym Douce, n°53, 12/90 (Supplément)
- PESTIAUX J.L., MARQUES M., VAN NIEUWENHUYSE M.L., Evaluation Atelier Gestion du Stress, n°53, 12/90 (Supplément).

Exercice physique

- PESTIAUX J.L., MARQUES M., VAN NIEUWENHUYSE M.L., Evaluation Atelier Gym Douce, n°53, 12/90 (Supplément)

Formation

- HAP M., L'enquête par questionnaire. Une méthode de collecte de données, n°47, 04/90 (Supplément).
- THOMAS A.-D., Education Santé: l'évaluation, n°50, 09/90, pp.3-10 (Réflexions).
- JANSSENS C., Banques de données, pourquoi? comment?, n°50, 09/90, pp.11-13 (Réflexions).
- BERTRAND-BASCHWITZ M.A., Resodoc, un centre de documentation au service des éducateurs, n°50, 09/90, pp.13-16 (Réflexions).
- LECLERCQ D., La conception des illustrations de brochures, n°50, 09/90 (Supplément).

Handicap

- PARZIBUT-BRAVIN N., Diététique dans un home, n°45, 02/90, pp.8-10 (Initiatives).

Hygiène

- BOURGUIGNON A., SPITAEELS M., Expérience pilote à l'Institut Marius Renard, n°48, 05/90, pp.26-27 (Initiatives).

Hygiène bucco-dentaire

- Santé dentaire: bonne nouvelle, n°44, 01/90, p.13 (Réflexions).
- Je veille à la santé de mes dents de la première maternelle à la deuxième primaire, n°51, 10/90 (Supplément).

Médicament

- Médicaments et vieillissement, n°48, 05/90, pp.8-10 (Initiatives).

- Tranquillisants, une synthèse, n°48, 05/90, p.25 (Initiatives).
- Le Médi-minus est arrivé, n°49, 06/90, p.10 (Initiatives).
- VAN CAMPENHOUDT J.-F., Tranquillisants mode d'emploi, n°49, 06/90, pp.13-14 (Initiatives).
- «Tranquillisants au féminin» - Femmes Prévoyantes Socialistes - Vie Féminine, n°50, 09/90, pp.40-42 (Initiatives).
- PESTIAUX J.-L., MARQUES M., KETSER F., PREVOST M., PEETERS A., Représentation populaire et consommation de tranquillisants, n°52, 11/90, pp.33-34 (Initiatives).
- Tranquillisants, n° spécial Réponses, n°52, 11/90 (Supplément).
- TREFOIS P., MARQUES M., FOUCAUT T., MONTULET I., Les tranquillisants à bon escient, n°53, 12/90, pp. 11-15 (Initiatives).
- Le Médi-minus inspire les créatifs, n°53, 12/90, p. 37 (Initiatives).
- BEAUVOIX C., Des médicaments pour maigrir?, n°53, 12/90, p. 43 (Lu pour vous).

Organisation

- HENKINBRANT J., O.P.A. sur la coordination, n°44, 01/90, pp.4-6 (Stratégie).
- CHERBONNIER A., TISSOT B., VAN SNICK R., Lettre ouverte aux éducateurs à la santé, n°45, 02/90, p.4 (Stratégie).
- Comment introduire une demande de subvention pour un programme d'action en éducation pour la santé?, n°46, 03/90, pp.3-4 (Stratégie).
- PETTIAUX M., Réponse ouverte du Centre de Coordination Communautaire provisoire, n°46, 03/90, p.4 (Stratégie).
- Programmes d'éducation pour la santé ayant bénéficié de subventions en 1989, n°49, 06/90, pp.8-9 (Stratégie).
- BARBASON H., La coordination alimentaire, n°51, 10/90, pp.6-7 (Stratégie).
- PETTIAUX M., La coordination de l'éducation pour la santé en Communauté française, n°53, 12/90, p. 10 (Stratégie).

Périnatalité

- DECCACHE A., MALICE A., FERON P., L'éducation pour la santé en maternité, n°47, 04/90, pp.3-6 (Réflexions).
- Pour une information des futurs et jeunes parents, n°47, 04/90, p.7 (Initiatives).

Politique de santé

- L'Europe contre le cancer: nouveau plan d'action 1990-1994, n°47, 04/90, pp.10-11 (Initiatives).
- HENKINBRANT J., Opinion publique et prévention, n°48, 05/90, pp.5-6 (Réflexions).

Santé

- VANDERSCHULDEN M., VAN POTTELSBERGHE C., VERLINDEN M., Six raisons pour promouvoir la santé sur le lieu de travail, n°45, 02/90, pp.11-14 et n°48, 05/90, pp.10-12 (Initiatives).

- Huy. Quand les aides ménagères ne s'arrêtent plus aux torchons et aux casseroles, n°50, 09/90, pp.42-43 (Initiatives).
- La santé scolaire en question, n°51, 10/90, pp.8-11 (Stratégie).

Self help

- BRADFER J., Les mouvements «anonymes», n°44, 01/90, pp.14-15 (Réflexions).
- Groupes d'entraide dans la Communauté française de Belgique - Mise à jour, n°44, 01/90, pp.16-17 (Initiatives).
- Les groupes de self-help, n°52, 11/90, pp.38-39 (Matériel).

Sida

- Prévention du sida: les Centres de Planning Familial signent une charte, n°44, 01/90, pp.18-19 (Initiatives).
- CREVECOEUR R., «Sida... Tu l'as tu t'en vas», n°45, 02/90, p.10 (Initiatives).
- Deux outils pour répondre à toutes les questions, n°46, 03/90, p.20 (Lu pour vous).
- Sea, sex, sun et prévention, n°50, 09/90, p.42 (Initiatives).
- L'amour sur un air de fa, sol, la, si, da..., n°52, 11/90, pp.40-41 (Lu pour vous).
- Stress
- PESTIAUX J.L., MARQUES M., VAN NIEUWENHUYSE M.L., Evaluation Atelier Gestion du Stress, n°53, 12/90 (Supplément).

Tabagisme

- Le tabac et les jeunes, n°46, 03/90, pp.14-15 (Initiatives).
- Législation européenne, n°49, 06/90, p.4 (Réflexions).
- Première génération sans tabac, n°49, 06/90, p.11 (Initiatives).
- Nouveaux projets, n°49, 06/90, pp.14-15 (Initiatives).
- Matériel pour les médias, n°49, 06/90, p.20 (Matériel).
- Les enseignants et le tabac, n°49, 06/90, p.23 (Lu pour vous).
- Documentation tabac CRIOC, n°49, 06/90 (Supplément).
- Tabac. Législation, n°50, 09/90, p.34 (Stratégie).
- MEILI B., Une expérience suisse d'éducation par les pairs, n°52, 11/90, pp.12-14,31-32 (Réflexions).
- Lieux de travail sans tabac, n°52, 11/90, p.37 (Initiatives).
- Cigarette non merci!, n°53, 12/90, p. 15-16 (Initiatives)

Troisième âge

- Médicaments et vieillissement, n°48, 05/90, pp.8-10 (Initiatives).
- Entretenir sa mémoire, n°49, 06/90, p.12 (Initiatives).

Vaccination

- TREFOIS P., Vaccination contre la grippe - Méthodologie et concrétisation d'une campagne: de la théorie à l'action, n°51, 10/90, pp. 14,31 (Initiatives).

Il est agréable de terminer l'article en rappelant la complémentarité des équipes universitaires en éducation pour la santé: si vous désirez une aide méthodologique, vous pouvez vous adresser à l'APES (Université de Liège 041/56 28 97) et l'équipe RESODOC du RESO de l'UCL vous aidera à trouver la documentation scientifique qui vous manque (02/764 50 32).

*Incidence: le nombre de nouveaux cas (de maladie, de malades, de porteurs de facteurs de risque) apparus, durant une période donnée, dans une population donnée.

*Prévalence: le nombre de cas (de maladie, de malades, de porteurs de facteurs de risque) existant dans une population donnée pendant une période définie. La prévalence comprend donc l'incidence ainsi que le nombre de cas anciens.

RÉFÉRENCES COMPLÉMENTAIRES À NOTRE ARTICLE DE JUIN

- Clause C. La prévention des maladies cardio-vasculaires: conception d'un programme d'éducation pour la santé dans une école d'enseignement secondaire général. Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Licencié en Sciences Médico-sociales et Hospitalières, option Education pour la Santé, Université Catholique de Louvain, juin 1990 (Faculté de Médecine).

- Eder A. Risk factor loneliness. On the inter-relations between social integration, happiness and health in 11-, 13- and 15-year old schoolchildren in 9 European countries. Health Promotion International 1990;5/1:19-33.

- Green LW., Marshall WK., Deeds SG. & Partridge KB. Health education planning; a diagnostic approach. Palo Alto: Mayfield Publ. Co. 1980.

- Piette D., Humblet P. et Prevost M. Les relations entre les comportements de santé des jeunes et l'intégration sociale dans la famille, l'école et le groupe des pairs. A paraître dans Santé Pluriel n°4.

- Piette D. & Roger G. Les comportements de santé des jeunes de 11 à 16 ans et l'éducation pour la santé. Bruxelles: Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles 1987; (épuisé mais disponible pour

lecture et/ou photocopie dans les Commissions locales de coordination).

- Prevost M. et Piette D. Les comportements alimentaires et les rythmes de vie des jeunes de la Communauté française. A paraître dans Santé Pluriel n°5.

Marianne Prevost, Danielle Piette, Promes ULB ■

Projets d'action ou de recherche en éducation pour la santé

Le Ministère de la Santé de la Communauté Française a attribué à l'équipe RESODOC la mission d'éditer une brochure relative aux «Projets d'action ou de recherche en éducation pour la santé soumis pour subvention à leur Ministère»; une première brochure est parue pour l'année 1989, chaque année fera l'objet d'une nouvelle édition.

Le texte des projets ne sera pas accessible directement mais seulement une information succincte, descriptive, standardisée sur l'ac-

tion envisagée: pour de plus amples informations, les intéressés devront s'adresser aux promoteurs.

La brochure est vendue au prix de 100FB, elle est disponible au Centre RESODOC où vous pourrez aussi faire une interrogation sur la base de données «Projets».

RESODOC UCL, Faculté de Médecine, Centre Faculté -1, avenue Mounier 50, 1200 Bruxelles, tél. 02/764.56.44. ■

La coordination de l'éducation pour la santé en Communauté française

Ce titre, banal à première vue, n'est certainement pas un titre dénué d'intérêt. En effet, en janvier 1990, Jacques Henkinbrant faisait une description courageuse et honnête des enjeux de la coordination de l'éducation pour la santé en Communauté française. Il soulignait les faiblesses de la FARES et reconnaissait son potentiel dans ce domaine. La coordination de l'éducation pour la santé avec ou sans la FARES...

«L'arrêté du 8 novembre 1988 prévoit une possibilité de concurrence. En fait, il s'agit d'une course à handicap où la FARES bénéficie de deux longueurs d'avance, puisque entre le 1 janvier 1989 et le 31 décembre 1990 le secrétariat central de la FARES remplit provisoirement les missions de Centre de Coordination Communautaire et les Commissions Sectorielles de la FARES remplissent les missions de Commissions locales de Coordination en éducation pour la santé.»

Plus loin l'auteur mettait en exergue un souhait du Ministre auteur de la réglementation en éducation pour la santé: «je pense que cette période peut être mise à profit afin que le CIMP aie la concertation la plus large possible avec la FARES et avec tous les organismes de terrain».

On peut constater que la décision que vient de prendre tout récemment l'Exécutif de la Communauté française respecte ce souhait.

Bref, ce regard sur le passé proche, nous conduit tout naturellement à considérer l'avenir.

Le poids du passé oblige nos institutions à aller de l'avant. Il faudrait dire, plus exactement, le poids du passé nous permet d'aller mieux de

l'avant. En effet, les erreurs ou tâtonnements antérieurs nous ont armés pour mieux aborder les multiples embûches que présentent la notion de coordination en éducation pour la santé. Il faut bien l'avouer: l'objectif est difficile à réaliser sans esprit de collaboration tant dans le chef des coordonnés - et ils sont nombreux (pour mémoire les 14 services agréés aux éducateurs, les autres associations non agréées, les CPAS, les mouvements associatifs) que dans le chef des coordonnateurs.

Nous sommes conscients que le risque de voir se développer des initiatives et des programmes «sauvages» ne pourra jamais être sous contrôle total. Cette hypothèse serait d'ailleurs néfaste à tout esprit d'initiative.

Il faut donc envisager la coordination comme une volonté d'organiser les parties d'un tout selon un plan logique et pour une fin déterminée.

Ne serait-il pas aberrant de voir les budgets consacrés à l'éducation pour la santé dans notre communauté simplement distribués sans tentative de les optimiser?

Evidemment, cette coordination doit pouvoir favoriser la circulation multidirectionnelle des informations et la mise en présence des acteurs concernés par un même projet.

La coordination ne consiste pas simplement à éviter que trois infirmières ne passent dans la même école à des époques différentes pour une campagne d'information ou une enquête parce qu'elles appartiennent à des associations différentes.

La coordination n'a pas pour unique objectif de vouloir régler au mieux l'ordonnement de toutes les actions d'éducation pour la santé, mais de tenter d'opérer une planification des efforts pour une optimisation

des budgets s'y rapportant. Il est évident que rien n'empêchera jamais les «puissants» de mener une action, seuls, pour en garder le monopole de l'innovation.

Nous pensons qu'en éducation pour la santé, la coordination devrait établir des règles visant une flexibilité des actions éducatives, et devrait avoir comme résultat une non-compétition d'associations au détriment des usagers (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées).

La santé, c'est le respect d'un ensemble de règles de vie librement consenties. La coordination de l'éducation pour la santé, c'est le respect librement consenti de règles d'information mutuelle.

Comme nous l'affirmions devant le Ministre de la Santé à la fin 1989, «une coordination cohérente tant au niveau communautaire qu'au niveau local implique l'appartenance à une seule et même institution. Dans un souci d'objectivité, les missions de coordination ne devraient pas être attribuées à des organismes ayant une action sur le terrain.»

On constate que Monsieur le Ministre François Guillaume a largement tenu compte de cette recommandation de bon sens.

Il nous reste à souhaiter bon vent à cette nouvelle «task force» chargée de cette coordination. Nous savons qu'il s'agira d'un travail discret au service des acteurs oeuvrant sur le terrain au bénéfice de la population.

Michel Pettiaux

n.d.l.r.: nous espérons vous fournir dans notre prochain numéro la liste des adresses et des responsables des Commissions Locales de Coordination.

INDEX 1990

Ce qui suit est un petit récapitulatif des principaux thèmes traités dans les dix numéros d'Éducation Santé parus en 1990. Il s'agit d'une sélection d'articles présentant des réflexions, des initiatives ou des documents d'information intéressants dans la pratique de l'éducation pour la santé.

Chaque référence renseigne brièvement le titre de l'article, le numéro dans lequel il est paru, ainsi que la date, les pages et la rubrique.

Pour tout renseignement, n'hésitez pas à contacter Maryse Van Audenhaege (documentation et abonnements) au 02/237.48.53.

Accident domestique

- LAFONTAINE C., DEMARTEAU M., La Maison Géante. Vivre et grandir en sécurité, n°44, 01/90, pp.7-12 (Réflexions).
- DU BLEND N., Prudence j'y pense, n°45, 02/90, pp.5-7 (Initiatives).
- BANTUELLE M., L'accidentologie: un savoir, une pratique, n°47, 04/90, pp.34-35 (Lu pour vous).
- Maison Géante: bis repetita placent, n°48, 05/90, p.8 (Initiatives).
- Moi, je domestique les accidents, n°spécial Réponses, n°48, 05/90 (Supplément).
- VANDENDOOREN N., La prévention prend le tram, n°49, 06/90, p.16 (Initiatives).
- VANDENDOOREN N., 300 enfants au Musée du Tram, n°50, 09/90, p.35 (Initiatives).
- Prévention des accidents, n°50, 09/90, p.36 (Initiatives).
- BANTUELLE M., Des données épidémiologiques, n°50, 09/90, pp.36-37 (Initiatives).
- Une halte de la Maison Géante à Mouscron, n°50, 09/90, p.38 (Initiatives).

Adolescents

- Le tabac et les jeunes, n°46, 03/90, pp.14-15 (Initiatives).
- PREVOST M., PIETTE D., L'enquête OMS «Les comportements de santé des jeunes» (1ère partie), n°49, 06/90, pp.5-7 (Réflexions).
- L'amour sur un air de fa, sol, la, si, da..., n°52, 11/90, pp.40-41 (Lu pour vous).
- PREVOST M., PIETTE D., L'enquête OMS «Les comportements de santé des jeunes» (2ème partie), n°53, 12/90, pp.3-9 (Réflexions).

Alimentation

- Lipides, santé et... anthropologie, n°44, 01/90, pp.17-18 (Initiatives).
- Manger «light», oui, mais pas à la légère!

- n°44, 01/90 (Supplément).
- PARZIBUT-BRAVIN N., Diététique dans un home, n°45, 02/90, pp.8-10 (Initiatives).
- Concours «Je mange à l'école», n°46, 03/90, pp.13-14 (Initiatives).
- Nouritures, n°47, 04/90, pp.31-32 (Lu pour vous).
- Light, n°47, 04/90, pp.32-33 (Lu pour vous).
- BOURGUIGNON A., SPITAELS M., Expérience pilote à l'Institut Marius Renard, n°48, 05/90, pp.26-27 (Initiatives).
- Un «dix heures» différent, n°49, 06/90, pp.10-11 (Initiatives).
- BARBASON H., La coordination alimentaire, n°51, 10/90, pp.6-7 (Stratégie).
- MARTIN F., Les groupes d'aliments: quel système choisir?, n°51, 10/90, pp.32-34 (Matériel).
- PESTIAUX J.L., MARQUES M., VAN NIEUWENHUYSE M.L., Evaluation Atelier Diététique, n°53, 12/90 (Supplément).
- PESTIAUX J.L., MARQUES M., VAN NIEUWENHUYSE M.L., Evaluation Atelier Alimentation, n°53, 12/90 (Supplément).
- GUILLAUME M., LAMBRECHTS B., Le «petit déjeuner malin» de Question Santé, n°53, 12/90, pp. (Initiatives).
- BEAUVOIX C., Des médicaments pour maigrir?, n°53, 12/90, p. 43 (Lu pour vous).

Assuétudes

- BRADFER J., VILAIN G., Psychotropes et transcendance, n°46, 03/90, pp.11-12 (Réflexions).
- Toxicomanies. L'action «Bouton blanc», n°47, 04/90, p.8 (Initiatives).
- Le Pélican, n°49, 06/90, pp.12-13 (Initiatives).
- Récolte de données, n°49, 06/90, p.13 (Initiatives).

Cancer

- Lipides, santé et... anthropologie, n°44, 01/90, pp.17-18 (Initiatives).
- Faisons reculer le cancer, n°44, 01/90, p.22 (Matériel).
- ZIANT G., L'Association Contre le Cancer réplique, n°45, 02/90, pp.16-17 (Humeurs).
- L'Europe contre le cancer: nouveau plan d'action 1990-1994, n°47, 04/90, pp.10-11 (Initiatives).

Diabète

- Diabète-assistance. Un projet d'éducation de diabétiques à domicile et en groupe, n°50, 09/90, pp.38-40 (Initiatives).

Éducation du patient

- DECCACHE A., En éducation du patient: quelques perceptions et perspectives... Rotterdam - 12-15 décembre 1989, n°45, 02/90, p.3 (Réflexions).
- Information et éducation du patient, n°48, 05/90, pp.3-5 (Réflexions).
- Diabète-assistance. Un projet d'éduca-

- tion de diabétiques à domicile et en groupe, n°50, 09/90, pp.38-40 (Initiatives).
- 10 ans d'éducation du patient, n°52, 11/90, pp.36-37 (Initiatives).

Éducation pour la santé - réflexions et pratiques

- Éducation pour la santé à l'école: de la méthode, mais surtout du concret, n°44, 01/90, p.23 (Lu pour vous).
- L'efficacité de l'éducation pour la santé. Une première conférence européenne - Rotterdam - 12-15 décembre 1989, n°45, 02/90, p.2 (Réflexions).
- NGUYEN-NAM T., L'éducation pour la santé en Belgique francophone (1985-1988). Regard sociologique sur un champ socio-sanitaire émergent, n°46, 03/90, pp.5-11 (Réflexions).
- Prévention et éducation pour la santé: le point de vue du terrain, n°47, 04/90, pp.9-10 (Initiatives).
- Éducation pour la santé auprès des 10-12 ans, n°48, 05/90, pp.28-29 (Matériel).
- DANTHINE E., L'éducation à la santé et la médecine générale, n°50, 09/90, p.33 (Réflexions).
- Éducation pour la santé et sponsors, n°51, 10/90, pp.3-5 (Réflexions).
- GEUBELLE F., Santé scolaire. Éducation pour la santé dans l'enseignement primaire, n°51, 10/90, p.12 (Stratégie).
- PIETTE D., La professionnalisation des éducateurs pour la santé en Communauté française de Belgique, n°52, 11/90, pp.3-12 (Réflexions).

Enfant

- BOURGUIGNON A., Vitrine sur l'enfance, n°44, 01/90, pp.19-20 (Initiatives).
- VANHAL F., La santé des enfants. Enquête dans un centre PMS sur les comportements de santé d'enfants de 3e maternelle, n°44, 01/90, pp.20-21 (Initiatives).
- The Organic Puppet Theater, n°48, 05/90, p.28 (Initiatives).
- La santé scolaire en question, n°51, 10/90, pp.8-11 (Stratégie).
- Je veille à la santé de mes dents de la première maternelle à la deuxième primaire, n°51, 10/90 (Supplément).
- GUILLAUME M., LAMBRECHTS B., Le «petit déjeuner malin» de Question Santé, n°53, 12/90, pp. 16 et 33-36 (Initiatives).

Environnement

- Environnement et santé, n°51, 10/90, p.13 (Stratégie).

Évaluation

- LAFONTAINE C., DEMARTEAU M., La Maison Géante. Vivre et grandir en sécurité, n°44, 01/90, pp.7-12 (Réflexions).
- DECCACHE A., MALICE A., FERON P., L'éducation pour la santé en maternité, n°47, 04/90, pp.3-6 (Réflexions).
- HAP M., L'enquête par questionnaire. Une méthode de collecte de données,

Action santé dans les plaines de jeux du Luxembourg

Durant l'été 1990, le Service de la diffusion et de l'animation culturelle de la province de Luxembourg (SDAC) et la FARES Luxembourg ont réalisé l'opération «Arrêt de bus dans les plaines de jeux», mettant à la disposition des animateurs de plaines qui ont adhéré à l'opération un ensemble d'outils culturels: bibliobus, muséobus, cinébus, atelier peinture, etc. A cette occasion, des actions santé spécifiques ont été mises sur pied, avec la collaboration des Centres de santé provinciaux, de l'ONE et de l'ICAN.

L'activité principale de l'atelier santé visait à faire découvrir aux enfants les meilleures collations, sous le slogan «Jus de fruits, jus de vie». Un triporteur chargé de fruits de saison et du matériel nécessaire à la confection de jus de fruits a donc sillonné les différentes plaines de jeux de la province du Luxembourg, animé par une diététicienne de l'ICAN. Un dépliant montrant les mérites des bonnes collations ainsi que des recettes était remis à chaque enfant après l'animation. La formation diététique des moniteurs de plaines avait été assurée au préalable.

L'ONE participait à l'opération en proposant aux enfants un jeu de l'oie sur la prévention des accidents et un jeu du marché (lotto de l'alimentation). Les Centres de santé provinciaux se sont chargés de rencontrer les responsables des plaines préalablement à la journée du Triporteur afin de les sensibiliser à l'action santé.

Pour tout complément d'information sur cette opération, on peut contacter Reine-Marie Hanoul, FARES Luxembourg, rue Erène 1, 6900 Marche-en-Famenne, tél. 084/31.31.39. ■

Formation

L'équipe Promes de l'Ecole de Santé Bruxelles organisera à partir de 1991 des modules de formation en **promotion-éducation-santé**.

Module 1. Introduction: concepts et méthodes de l'éducation et de la promotion de la santé.

Public: tout professionnel ayant un rôle éducatif en santé.

Objectifs: amener les participants à percevoir les enjeux et la spécificité de la promotion de la santé et des différentes approches de l'éducation pour la santé; à connaître les étapes de la construction générale d'une action éducative en santé et adapter ces étapes à des buts et situations différents; à mettre en correspondance objectifs, méthodes d'intervention et d'évaluation; à construire un protocole d'action. Contenus: les approches de la promotion et de l'éducation pour la santé (spécificités et contraintes); les étapes de la planification en santé (étude des besoins, définition des objectifs, planification et réalisation des actions, évaluation); les théories du changement de comportements; les spécificités, avantages et contraintes des différentes méthodes; les objectifs et techniques de l'évaluation. Méthodes: 7 exposés suivis d'une discussion sur l'utilité pratique des informations et d'un exercice d'application. Intervenants: l'équipe Promes et des animateurs ressources vacataires. Responsables: Danielle Piette et Marianne Prévost.

Module 2. Les enquêtes quantitatives en éducation pour la santé: hypothèses et objectifs; sélection de l'outil; planification. Exercice:

construction d'un questionnaire, dépouillement et analyse (pratique sur ordinateur avec le logiciel EPIINFO), rapport.

Module 3. L'approche «santé publique» en éducation pour la santé: responsabilité communautaire; étude des besoins; objectifs institutionnels; sélection des cibles et couverture des services; planification et évaluation.

Remarque: les modules 2 et 3 ne sont accessibles qu'aux personnes ayant suivi le module 1. Une dérogation est possible sur examen de dossier. Le premier module aura lieu du lundi 14 au vendredi 18 janvier 1991, chaque jour de 9 à 17 heures. Il sera répété en juin. Les deux autres modules auront lieu en septembre. Le nombre des participants est fixé à 20. Le prix des modules 1 et 2 est de 20.000 francs, celui du module 3 est de 25.000 francs. Le prix d'inscription au module comprend les repas de midi et tous les documents (dans le cas du module 2, disquettes avec le programme informatique).

Contact: AS Ladmirant, Promes Formation Education Promotion Santé, Ecole de Santé Publique ULB, Route de Lennik 808, B-1070 Bruxelles. Tél.: 02/526.40.81. Fax: 02/526.40.49. ■

Nom

Adresse

Activité professionnelle

Je suis intéressé(e) par
 le module 1
 les modules 1 et 2
 les modules 1 et 3
 les modules 1, 2 et 3

Je désire recevoir les informations et documents d'inscription. Je joins une enveloppe à mon nom, timbrée à 27 francs.

Date

Les tranquillisants à bon escient

Plusieurs organismes d'éducation pour la santé ont concentré leurs efforts pendant de nombreux mois sur une action coordonnée autour du thème du bon usage des tranquillisants et des alternatives de traitement du stress, de l'angoisse et de l'insomnie.

Diverses études ont montré que la consommation de tranquillisants benzodiazépines est particulièrement élevée en Belgique. Notre pays se situe actuellement au deuxième rang par importance de consommation parmi onze pays occidentaux.

Au cours de la période 1975-1987, la consommation de tranquillisants benzodiazépines a augmenté de 50 %.

La dernière étude réalisée vers la fin de l'année 1989 par l'Union Nationale des Mutualités Socialistes souligne une stabilisation de cette consommation.

Les enquêtes nationales, menées ces dernières années sur le thème des tranquillisants, ont mis en évidence les points suivants:

- la consommation est deux fois plus importante chez les femmes;
- une femme sur cinq prend des tranquillisants;
- le plus souvent, la consommation est quotidienne et de longue durée (plus de trois mois);
- elle augmente avec l'âge, surtout à partir de 38 - 46 ans;
- la consommation globale est plus importante en Wallonie qu'en Flandre;
- le niveau d'études influence la consommation: les personnes de niveau d'études primaires consomment plus ces médicaments.

Les benzodiazépines restent pourtant des médicaments utiles. Mais leur bon usage respecte des règles précises. Notamment leur consommation devrait toujours s'intégrer dans une stratégie globale reposant sur une saine hygiène de vie, du sommeil ou du stress.

La forte consommation de tranquillisants n'est probablement qu'un palliatif pour les personnes qui ont des problèmes psychologiques ou de vie importants.

Deux mouvements féminins travaillent chaque jour sur le terrain. Vie Féminine et les Femmes Prévoyantes Socialistes proposent des méthodes alternatives au grand public. Thérèse Foucart et Manuela Marqués les décrivent également. Toujours dans le cadre de ce projet concerté, la cellule Médicaments du Mouvement Coopératif Féminin-Promocoop s'est chargée de la coordination du projet, a mis au point un dossier technique et a mené une enquête auprès des pharmaciens.

Un soutien méthodologique a été assuré par deux services universitaires: le RESO-UCL et l'ULB-Promotion Santé. Le groupe a également bénéficié de l'appui de la Fares et de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, qui a contribué à la diffusion à grande échelle de l'édition spéciale du mensuel de Question Santé, «Réponses», qui était jointe au numéro précédent d'Education Santé.

1. De quoi parle-t-on au juste ?

Quelques définitions

Dans le public, on parle plus souvent de calmants que de tranquillisants. Mais ces mots recouvrent pour les scientifiques des réalités bien différentes. Les tranquillisants sont des médicaments qui agissent sur le système nerveux. Ils appartiennent à plusieurs familles différentes, que nous allons rapidement passer en revue.

Lorsque une personne est atteinte d'une dépression, son médecin lui prescrira peut-être des «antidépresseurs». Ces médicaments, pris pendant plusieurs semaines ou mois, aident à la guérison de la dépression. Les antidépresseurs ne provoquent pas de dépendance physique: en général, on peut les arrêter sans difficultés.

Les neuroleptiques sont des tranquillisants très puissants. Ils sont très utiles pour soigner les personnes atteintes de «psychoses»: ces personnes peuvent avoir des hallu-

cinations et de l'agitation. Les neuroleptiques ne sont pas conseillés pour soigner d'autres affections, comme la dépression et l'anxiété banale.

Les anxiolytiques et somnifères sont les tranquillisants qui calment les angoisses, et aident à dormir. On distingue principalement les barbituriques, le méprobamate et la méthaqualone, et les benzodiazépines.

Les barbituriques provoquent très rapidement une accoutumance (on

doit prendre des doses de plus en plus fortes pour avoir le même effet) et une dépendance (on a des malaises quand on arrête le médicament). Il y a donc un grand risque d'abus. En cas de surdosage, ils provoquent un coma, souvent mortel. A cause de tous ces inconvénients, les barbituriques sont actuellement déconseillés comme calmants. Par contre, leur usage comme antiépileptique reste justifié.

Le méprobamate et la méthaqualone aussi sont déconseillés: ces médicaments offrent également moins de sécurité que les benzodiazépines.

Les «benzodiazépines» sont les tranquillisants les plus consommés actuellement. Ils ont pour effet de détendre et de diminuer l'inquiétude. Ils facilitent ainsi l'endormissement. Ils ne sont pas plus efficaces que les barbituriques, mais entraînent moins d'effets indésirables.

L'état de la consommation en Belgique

Le problème de santé publique qui nous est posé en Communauté française est celui de la surconsommation de benzodiazépines. En Belgique, pendant plusieurs années, la consommation des tranquillisants s'est accrue: ainsi, les ventes de benzodiazépines ont augmenté de 50 % entre 1975 et 1987.

Plusieurs enquêtes ont mis en évidence les points suivants:

- la consommation est deux fois plus importante chez les femmes,
- une femme sur cinq consomme des tranquillisants,
- le plus souvent la consommation est quotidienne et de longue durée (plus de trois mois),
- la consommation augmente avec l'âge.

La Belgique occupe une place particulière au hit-parade des consommateurs de tranquillisants: une enquête de 1981 nous situait à la première place parmi onze pays occidentaux; aujourd'hui, la situation aurait peu changé, seule la France nous devançant.

Faut-il pour autant jeter les benzodiazépines aux oubliettes? Certainement pas, car elles sont le premier choix médicamenteux en cas d'anxiété généralisée, pour traiter en urgence les crises convulsives ou le sevrage alcoolique; elles sont aussi utiles en anesthésiologie, pour la préparation à certains examens médicaux, pour le traitement des douleurs liées à des contractures musculaires aiguës...

Pour l'insomnie, lorsqu'un traitement médicamenteux est envisagé, les benzodiazépines ont aussi la préférence vu leur faible toxicité.

Mais, tant pour l'anxiété que pour l'insomnie, l'usage des benzodiazépines devrait toujours s'intégrer dans une stratégie globale, qui reposera sur une bonne hygiène de vie et du sommeil, ainsi que sur une saine gestion du stress.

Y a-t-il un bon usage des benzodiazépines? La réponse est certainement affirmative.

Une benzodiazépine doit être prise à la dose la plus faible qui reste efficace, et pendant la durée la plus courte possible.

Elle peut aider à passer un cap difficile, en soulageant l'anxiété pathologique. Elle permet alors la mise en route de mécanismes adaptatifs au stress, ou le relais vers d'autres moyens de gestion de l'angoisse (sports, relaxation, psychothérapie...).

Benzodiazépines: quelques données scientifiques

LES AVANTAGES DES BENZODIAZÉPINES

Les tranquillisants benzodiazépines ont quatre effets principaux: myorelaxant; anti-épileptique; anxiolytique; hypnotique.

Ils sont efficaces s'ils sont utilisés pendant une courte période (par exemple trois à quatre semaines). Utilisés plus longtemps, leur efficacité pourrait diminuer.

Ils n'ont pas beaucoup de contre-indications, c'est-à-dire d'effets secondaires physiquement dangereux. Ils offrent une grande sécurité d'emploi.

Ils sont toutefois déconseillés aux personnes qui souffrent de problèmes respiratoires, ou atteintes de myasthénie (maladie rare, caractérisée par une grande faiblesse des muscles).

LES INCONVÉNIENTS DES BENZODIAZÉPINES

Les effets indésirables dépendent en partie de l'état de santé du consommateur et de l'importance de la dose prise.

La prise d'une seule dose de tranquillisants benzodiazépines peut mettre dans un état de somnolence ou d'euphorie. Elle diminue fortement la vigilance, la rapidité des réflexes et la concentration d'esprit. C'est particulièrement important pour la conduite d'une voiture, ou sur le lieu de travail pour la conduite d'engins ou de machines qui exigent une manipulation précise. Les personnes âgées sont plus sensibles aux effets de somnolence et de relâchement musculaire. Elles risquent donc des chutes, qui peuvent parfois entraîner des fractures. La consommation d'alcool en

Le Médi-Minus inspire les créatifs

Dans notre numéro de juin, nous avons eu un coup de coeur pour cette boîte de médicaments pas comme les autres produite par les Magasins du Monde-Oxfam et NS3 Nord-Sud Solidarité Santé-Frères des Hommes. Nous ne sommes pas les seuls, puisque ce gadget intelligent a été retenu par la régie publicitaire «Information et Publicité» comme support d'un concours d'idées pour créatifs d'agences publicitaires. Le but de ce concours était de mettre en valeur l'intérêt du media radio.

A ce petit jeu, l'agence Gabarsky s'est distinguée par un scénario ingénieux que nous reproduisons ici.

Autre bonne nouvelle pour le Médi-Minus, ses promoteurs ont trouvé un écho suffisant en Flandre pour en réaliser une version en néerlandais.

Pour rappel, vous pouvez obtenir le Médi-Minus au prix de 80 francs dans les Magasins du Monde-Oxfam. Pour tout renseignement: Oxfam, rue de la caserne 74, 1000 Bruxelles, tél.: 02/512.97.94. ■

Médi-minus/ scénario d'un spot de 45 secondes

Ambiance salle de bains

Bruit porte d'armoire à pharmacie qui s'ouvre et se ferme. Intérieur armoire. Bruits de comprimés d'aspirine secoués dans un flacon.

A - Alors, Vitamine, raconte. Pourquoi sortons-nous de moins en moins souvent de cette armoire à pharmacie?

V - Pas d'effervescence, Aspirine! Je t'explique: ils ont acheté une boîte Médi-Minus.

A = Aspirine, voix féminine (petite souris)

V = Vitamine, voix masculine (nounours)

A - C'est quoi, Médi-Minus?

V - Pas si fort, tu vas réveiller tranquilisant! Médi-Minus, c'est une petite boîte jaune et blanc.

AD = Alcool Dénaturé (voix pataude)

A - Comme celle d'Antibiotique?

V - A peu près, oui... Dans laquelle se trouvent des fiches de couleur qui expliquent comment éviter l'abus de médicaments.

A - C'est laxatif qui va se la couler douce, hi hi.

V - Un peu de sérieux voyons. Mais en plus Médi-minus permet d'aider le Tiers Monde à utiliser intelligemment les médicaments que lui envoie l'Occident.

Durant tout le dialogue ambiance salle de bains en toile de fond.

A - T'as entendu, Alcool Dénaturé?

AD - Oui, quoi, euh, comment?

A - Alors, nous ne sortirons plus?

V - Si, mais moins souvent!

A - J'avoue que c'est dur à avaler, mais le principal, c'est qu'on reste ensemble!

Ambiance principale. Intérieur de l'armoire à pharmacie.

VO - Vous trouverez Médi-minus chez Oxfam et chez Frères des Hommes pour le prix de 80 francs.

A - Finalement, on est bien dans notre armoire.

d'après «Pilules amères», octobre 90

Du concret

Qui sera l'auteur de notre prochaine brochure «Outils au service de l'éducation pour la santé»?

Nous savons que vous appréciez les suppléments régulièrement insérés dans la revue, qu'il s'agisse des brochures méthodologiques de l'APES ou de documents plus pratiques centrés sur un sujet particulier.

L'an passé, nous avons publié un premier «outil», «Grain de sable», sur le thème du sommeil des enfants. Origine du module: Namur.

Cette année, ce fut au tour de l'hygiène dentaire des petits. Origine du module: Namur.

Nous attendons avec impatience vos propositions pour l'an prochain. Si vous avez un projet d'outil qui n'est pas encore tout à fait terminé, n'hésitez pas pour autant à nous en

faire part. Nous pourrions éventuellement vous aider à achever le travail.

Une dernière chose. Les outils venant d'ailleurs que Namur sont aussi les bienvenus!

Pour de plus amples renseignements, vous pouvez contacter Jacques Henkinbrant, rédacteur en chef d'Education Santé à l'adresse de la revue, téléphone 02/237.48.50. ■

1.2. Le «petit déjeuner malin» dans les classes

Contenu du «Petit déjeuner malin»
Les familles d'aliments seront présentées sur des tables distinctes. Les enfants (et les adultes) pourront passer d'une table à l'autre en composant leur petit déjeuner idéal.

Au cours de ce petit déjeuner, les élèves seront à nouveau accompagnés de l'animateur de Question Santé.

Celui-ci fera reconnaître les familles d'aliments;
il rappellera leurs fonctions;
il évoquera une nouvelle fois les obstacles et les moyens de les vaincre.

Tout doit être mis en oeuvre pour inviter les parents au «Petit déjeuner malin» à l'école.

En effet, les obstacles proviennent souvent de ce que disent les parents: «manque de temps», «pas faim le matin». Il serait donc intéressant que parents, enfants et enseignants puissent avoir une discussion sur le plaisir procuré par la nourriture.

1.3. Suivi de l'action

Les instituteurs le souhaitant prolonger les animations dans leur classe grâce aux documents pédagogiques qui leur seront remis. Mais au cours des différents contacts entre animateurs et enseignants, des idées nouvelles pour intégrer l'éducation nutritionnelle à l'enseignement vont certainement se dégager. Il sera intéressant d'en faire l'inventaire et l'évaluation.

1.4 Impliquer les relais locaux dans l'action

Cette action ne doit pas être menée en vase clos. Il est important que les relais locaux soient informés:
- l'inspection médicale scolaire. Elle sera toujours informée de l'action;

- la presse locale qui pourra relayer l'information auprès de l'ensemble de la population;

- les prescripteurs, les organismes relais proches des familles (médecins, associations féminines et familiales, etc.).

2. LA CAMPAGNE DE PROMOTION DU PETIT DÉJEUNER AUPRÈS DU GRAND PUBLIC

Question Santé diffuse des informations spécifiques sur le petit déjeuner via son réseau média (radios libres, journaux quotidiens et périodiques) au moyen de billets journaliers et d'articles.

Question Santé met également une fiche d'information à la disposition de ceux qui en feront la demande. Cette fiche reprend l'essentiel de l'information qui est diffusée aux enfants.

Conclusion

L'éducation nutritionnelle dans le cadre scolaire a un rôle de remise en place des comportements souhaitables. Souvent l'enfant est confronté à un double modèle: celui qui lui est présenté à l'école et celui qu'il connaît à la maison. Se nourrir correctement commence dans la famille et dans l'environnement quotidien, et s'y poursuit. Il faut créer des activités éducatives dirigées autant vers les enfants que vers les adultes.

Mettre sur pied des programmes éducatifs destinés aux enfants seulement, ce n'est faire qu'une partie du chemin, sans se donner les moyens de modifier réellement les comportements alimentaires. Ceci est d'autant plus vrai que le petit enfant est rarement décideur même si ses désirs, suggestions ou choix peuvent influencer les conduites.

Pour pouvoir être efficace, l'éducation alimentaire doit prendre en

considération l'ensemble du système. Elle doit également faire prendre conscience aux parents du rôle de l'école mais aussi de l'importance de leur propre rôle dans ce domaine, ainsi que du modèle qu'ils offrent à leurs enfants.

La majorité des programmes d'éducation nutritionnelle sont de type cognitif et visent à l'apprentissage des connaissances. Pourtant, cela ne garantit pas une modification du comportement, car dans le domaine alimentaire, la seule connaissance intellectuelle ne suffit pas.

Les comportements de type alimentaire sont fortement marqués par des composantes sociales et affectives.

La plupart des programmes sont peu motivants pour les enfants. On tient peu compte du champ temporel de l'enfant: pour lui, le bien-être ultérieur ne représente pas grand chose.

«Le petit déjeuner malin» présente à la fois un aspect ludique et amusant pour les enfants. Gageons qu'il emporte l'adhésion des petits et, nous l'espérons aussi, des grands.

Bernadette Lambrechts, Question Santé ■



même temps que celle de tranquillisants est à déconseiller: leurs effets s'additionnent.

Les tranquillisants pourraient renforcer les tentations suicidaires chez les personnes à tendance dépressive.

En cas de prise pendant une période prolongée, les risques principaux sont l'accoutumance et la dépendance. Déjà après environ trois à quatre semaines, l'accoutumance et la dépendance peuvent s'installer. L'angoisse est masquée (on ne la ressent pas), alors que les circonstances qui l'ont déclenchée l'ont peut-être pas changé.

L'usage de tranquillisants peut cacher les premiers signes d'une dépression, qui ainsi risque de rester longtemps sans réel traitement. Les benzodiazépines peuvent aussi provoquer des troubles de la mémoire: on ne retient plus aussi bien les faits récents. Enfin, surtout chez les personnes âgées, les benzodiazépines peuvent entraîner un ralentissement de l'activité intellectuelle et des mouvements.

Ce ralentissement psychomoteur peut avoir des conséquences graves sur l'insertion sociale de la personne âgée et sur son maintien domicile.

COMMENT ARRÊTER LA PRISE DE TRANQUILLISANTS BENZODIAZÉPINES ?

Si l'on a pris des tranquillisants pendant quelques jours, l'arrêt sera facile. Bien sûr, si la situation qui a provoqué l'anxiété n'a pas évolué, on risque de se sentir à nouveau anxieux.

Si on a pris ces médicaments pendant des mois, ou des années, il faut savoir qu'au moment où on arrête, on peut se sentir «mal dans sa peau» pendant deux ou trois semaines. D'autre part, la prise de benzodiazépines pendant des années peut avoir masqué une an-

goisse liée à des problèmes toujours d'actualité: cette angoisse peut redevenir apparente.

Que peut-on ressentir lors du sevrage ? Par exemple, de l'anxiété, des insomnies, une perte d'appétit, des nausées, des sueurs, des crampes, des tremblements, des palpitations...

Pour toutes ces raisons, il est toujours important d'arrêter avec le soutien de son médecin de famille. C'est en arrêtant brutalement que l'on peut avoir le plus d'ennuis. Aussi est-il au contraire recommandé de diminuer la dose progressivement: par exemple d'abord de moitié, puis d'un quart de comprimé tous les sept à quatorze jours.

Patrick Tréfois, médecin généraliste, directeur scientifique de Question Santé ■

2. Actions mises en place par le service «Promotion de la Santé» UNMS/FPS comme alternatives aux tranquillisants

Pour rappel, nous avons déjà publié la présentation de la nouvelle enquête nationale des Mutualités Socialistes, «Représentation populaire et consommation de tranquillisants» dans notre numéro précédent. Nous précisons ici les initiatives concrètes proposées par l'UNMS et les Femmes Prévoyantes.

- Diffusion d'une brochure de 54 pages vendue au prix de 150 francs permettant au lecteur de faire le point sur son équilibre personnel. Après avoir répondu à certaines questions, chacun pourra trouver des solutions concrètes concernant son mode de vie et ses relations affectives, de façon à diminuer le stress quotidien.

- Des «animations tranquillisants»: soirées d'information et d'échange de deux heures sur le problème de la consommation abusive des tranquillisants et sur les alternatives possibles. Elles ont lieu dans des sections locales FPS, ou sur demande extérieure. Ces animations sont animées par les psychologues qui prennent en charge les ateliers de gestion du stress.

- Des «ateliers de gestion du stress»: cycles de douze séances de deux heures animées par des psychologues spécialement formées et s'adressant aux personnes nerveuses, anxieuses, ou déprimées. La méthode est comportementale. Elle comporte une période d'auto-observation au cours de laquelle chaque personne établit un diagnostic de ses facteurs de stress, un ensemble de consignes comportementales librement choisies à intégrer progressivement dans la vie de tous les jours, un travail corporel à chaque séance (relaxation et prise de conscience de son corps).

- Des «ateliers gym douce»: cycles de dix séances de une heure, animées par des kinésithérapeutes. Exercices simples accessibles à tous pour retrouver un bon rapport avec son corps (meilleur tonus et capacité de se détendre). Ils sont un bon suivi pour les participantes aux ateliers de gestion du stress qui désirent continuer un travail corporel.

Ces deux ateliers ont été évalués par des échelles portant sur les traits physiques et psychologiques du mal-être et de l'anxiété. Globalement, on note une nette amélioration de l'estime de soi et un fort adoucissement de tous les symptômes de stress: nervosité, insomnie, sentiments dépressifs et plaintes physiques diverses.

- Des «Week-ends anti-stress»: s'adressant aux personnes qui ne peuvent pas, ou ne veulent pas

suivre tout un atelier, aux couples qui souhaiteraient avoir une réflexion à deux sur leur qualité de vie, à toute personne tracassée par son état de stress, qui voudrait à la fois réfléchir et se détendre. Ces week-end comportent des temps d'analyse (causes du stress, difficultés à communiquer, solutions au stress), mais aussi des activités plus ludiques de détente et de découverte de soi.

Manuela Marquès, Psychologue, Promotion de la Santé de l'UNMS/FPS ■

3. Vie Féminine «Le stress, un ami»

Dans le cadre de cette campagne, Vie Féminine, mouvement chrétien d'action culturelle et sociale, a voulu mener une action de sensibilisation et de formation dirigée vers un large public de femmes de quarante ans.

La quarantaine est un âge charnière pour nombre d'entre elles. D'une part, c'est l'âge où les enfants quittent de plus en plus la maison, l'âge où la femme doit refaire sa place dans la société. D'autre part, elle détient une position d'intermédiaire vis-à-vis des adolescents, parfois tentés par les drogues et des grands-parents avec leur difficulté à vieillir, l'anxiété qui y est liée, les problèmes de sommeil.

Ces femmes, nous visons à ce qu'elles puissent faire du stress un ami. Nous organisons donc dans nos seize fédérations des sessions de sensibilisation intitulées: «Le stress, un ami».

Chaque session regroupe quinze femmes de quarante ans lors de quatre animations solidaires de deux heures trente. Les objectifs poursuivis par Vie Féminine pendant ces sessions sont:

1. Permettre aux femmes de savoir ce qu'est le stress: sa définition, ses causes, ses effets.
2. Aider les femmes à prendre conscience des moyens dont chacune dispose pour s'en faire un ami.
3. Les informer sur la problématique des tranquillisants et surtout souligner les dangers liés à une consommation prolongée et à un brusque sevrage.
4. Trouver ensemble et aussi chacune pour soi des alternatives à la prise de tranquillisants.

Chacune des quatre animations est donc liée à un de ces quatre points.

De plus, chaque animation voit son temps ainsi partagé: une partie «théorique», une partie qui fait le relais avec le vécu, une partie de «travail corporel» où sont proposées des méthodes de relaxation, de réinvestissement du corps par auto-massage par exemple ...

Notre conviction que notre message passe mieux par le biais des personnes concernées nous a orientés dans le choix des animatrices.

Ce sont des femmes de quarante ans qui ont manifesté leur intérêt pour le sujet. Elles ne sont pas forcément des professionnelles de la santé.

Nous devons toutefois leur assurer une solide formation.

C'est ainsi qu'une trentaine de femmes ont été formées au cours de six journées. La plus grosse partie de la formation a été assurée grâce à la collaboration d'une généraliste et d'une kinésithérapeute (toutes deux en formation contractuelle en Analyse Transactionnelle). Ensemble, elles ont une réelle expérience dans la conduite d'ateliers sur le stress. L'autre partie de la formation a été assurée par l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétien-nes.

En fin de formation, les animatrices disposent de divers documents: le dossier synthétique réalisé par Promocoop, un dossier élaboré par les formatrices, un autre provenant du mouvement, la brochure «A quarante ans, le stress ma chance» et enfin, le périodique «Réponses» dont vous disposez.

Depuis le début de la campagne, nous avons réalisé environ 80 sessions. Le nombre de participantes est variable d'une localité à l'autre. Nous constatons en tout cas qu'il existe une réelle demande.

L'évaluation de notre action est en cours et se base notamment sur un questionnaire remis aux participantes.

De leur côté, les animatrices nous transmettent aussi un petit rapport sur chaque session. Grâce à la collaboration du RESO, nous avons déjà modifié certains documents afin qu'ils soient plus adéquats.

Dans l'avenir, nous espérons pouvoir organiser encore une trentaine de sessions. Nous comptons aussi voir le suivi qui sera donné à ces sessions, en évaluant si des «alternatives» se sont mises localement en place suite aux demandes des participantes.

Les personnes désireuses de participer à ces prochaines sessions peuvent téléphoner au secrétariat de Vie Féminine de sa fédération. Voici les fédérations participantes: Ath, Arlon, Bruxelles, Charleroi, Ciney, Huy, Liège, Mons, Mouscron, Namur, Nivelles, Thuin, Tournai, Verviers, Walcourt, Waremme, Eupen.

On peut aussi contacter notre secrétariat national au numéro suivant: 02/217.29.52.

Thérèse Foucart, Coordinatrice nationale de l'action santé à Vie Féminine ■

Pourquoi une campagne sur le petit déjeuner?

Bien sûr, les arguments scientifiques ne doivent plus faire douter de l'utilité d'une campagne d'information sur le petit déjeuner, comme en témoigne le texte de Michèle Guillaume.

Par ailleurs, Question Santé a compris qu'il existait aussi une demande d'information. En effet, l'ASBL a été sollicitée à plusieurs reprises pour intervenir dans l'organisation d'actions d'information sur le petit déjeuner.

Dans le cadre des missions qui lui sont attribuées, Question Santé a également eu l'occasion d'apporter à certaines de ces initiatives un soutien pratique.

Dès lors, il semblait intéressant et utile de mettre au point un module d'animations qui puisse être installé et adapté dans un grand nombre d'écoles, en fonction des demandes, des motivations.

Le vecteur principal de la campagne est l'organisation dans les écoles, d'un «Petit déjeuner malin» auquel participeront les enfants et idéalement les parents.

Mais cet événement ne constitue en quelque sorte qu'un point d'orgue dans le cadre d'une campagne de sensibilisation beaucoup plus vaste.

Objectifs généraux de l'action

AU NIVEAU DES ÉLÈVES

- augmenter la proportion d'enfants qui prennent un petit déjeuner suffisant et équilibré;
- favoriser l'implantation de bonnes habitudes alimentaires et ce,

dès le plus jeune âge;

- améliorer le bien-être, les conditions de vie et de réussite des élèves à l'école.

AU NIVEAU DES ENSEIGNANTS

- offrir aux enseignants des supports pédagogiques leur permettant d'intégrer informations et animations sur le thème de la nutrition dans leur programme;
- impliquer les principaux intervenants: personnel enseignant et éducateurs, responsables locaux, associations de parents, inspection médicale scolaire, producteurs et distributeurs de produits alimentaires, médecins généralistes, presse locale...

AU NIVEAU DU GRAND PUBLIC

- promouvoir l'idée du petit déjeuner varié pour tout le monde;
- atteindre les parents par le biais de «brochures» d'informations et par leur participation au «Petit déjeuner malin»;
- amener une modification du comportement alimentaire des parents.

Le programme

1. «LES PETITS DÉJEUNERS MALINS» DANS LES ÉCOLES

L'action est organisée pour les élèves de 3ème et 4ème primaire (enfants de 8 à 10 ans).

Etapas de l'action

- Les écoles qui souhaitent organiser un «Petit déjeuner malin» peuvent dès à présent prendre contact avec nous.
- De nombreuses écoles nous ont contactés préalablement et une vingtaine d'entre elles sont déjà

inscrites pour organiser cette animation.

1.1. Animation préliminaire dans la classe

Avant l'organisation du «Petit déjeuner malin», une information dans la classe sera réalisée par un animateur de Question Santé. A l'occasion de cette animation, l'animateur et les enfants pourront réfléchir ensemble sur l'importance d'une alimentation équilibrée.

Au cours de cette première intervention,

- l'animateur fera parler les enfants de leurs habitudes au petit déjeuner;
- il leur présentera les familles d'aliments, la fonction des aliments;

- il expliquera pourquoi existent des petits déjeuners équilibrés et d'autres qui ne le sont pas;

- il amènera aussi la discussion sur les obstacles à la prise d'un petit déjeuner et à la façon de les contourner.

L'animateur présentera également aux enfants et aux enseignants les supports pédagogiques proposés par l'ICAN.

Cette première rencontre avec la classe sera en outre l'occasion d'un échange entre l'animateur et l'enseignant sur les possibilités de prolonger l'éducation nutritionnelle dans la classe.

Pendant cette animation, une fiche d'information sera distribuée aux enfants pour qu'elle soit remise à leurs parents.

Cette fiche reprend l'essentiel de l'information donnée aux enfants. Elle sera éventuellement accompagnée d'une invitation aux parents à participer au «Petit déjeuner malin».

toujours dans un sens positif pour notre santé. On relève une augmentation marquée de consommation de produits concentrés en énergie (riches en graisses et en acides gras saturés, en sucres rapides) mais vide de nutriments essentiels et protecteurs comme les sucres complexes, les vitamines, les minéraux, les fibres. Or il est impensable de pouvoir couvrir les besoins nutritionnels d'un individu, particulièrement en ces éléments, sans la participation du petit déjeuner.

Conclusion

La déstructuration alimentaire qui est à l'heure actuelle une tendance préoccupante chez nos enfants et qui participe à l'expansion du développement des facteurs à risque des maladies dites du XXème siècle appelle une éducation alimentaire efficace, susceptible d'aboutir à une restructuration compatible avec les modes de vie actuels.

Le passage obligé: un petit déjeuner équilibré et gai.

La tâche des éducateurs et des professionnels de la nutrition est ardue. Ils devront faire preuve de nuance et bien réfléchir aux conseils prodigués. Par exemple, il ne faudrait pas sous le prétexte d'améliorer le petit déjeuner, induire une augmentation de la ration énergétique totale qui est largement suffisante dans la population.

Un meilleur petit déjeuner reflètera une meilleure répartition de la ration alimentaire quotidienne, une plus grande variété d'aliments consommés et s'intégrera dans un contexte familial et affectif plus favorable à l'épanouissement.

Michèle Guillaume, Association Interuniversitaire pour la prévention des maladies Cardio-Vasculaires. ■

Bibliographie

1. CLARKE WR, SCHROTT HG, LEAVERTON PC, ET al: Tracking of blood lipids and blood pressure in school age children: The Muscatine study. *Circulation* 1978; 58:626.
2. LEW A: Mortality and Weight: Insured lives and the American cancer society studies. *Ann Int Med* 19885; 1024-1029.
3. FEINLEIB M: Epidemiology of obesity in relation to health hazards. *Ann Int Med* 1985;103:1019-1024.
4. BARRETT-CONNOR EL: Obesity artherosclerosis, and coronary artery disease. *Ann Int Med* 1985; 103: 1010-1019.
5. ROBERTS J, ROWLAND L: Hypertension in adults 25-74 years of age, DHHS publication no. (PHS) 81-1671. Washington, DC, National Center for Health Statistics, 1961.
- 5'. HUBERT HB, FEINLEIB M, McNAMARA

PM, et al: Obesity is an independent risk factor for cardiovascular disease: A 26 year follow-up of participants in the Framingham heart study. *Circulation* 1983; 67: 968-977.

6. VAN ITALLIE TB: Health implications of overweight and obesity in the United States. *Ann Int Med* 1985; 103:983-988.

7. CORNONI-HUNTLEY J, BARBAND HE, BRODY JA, et al: National health and nutrition examination I-epidemiologic follow-up survey. *Public Health Rep* 1983; pp 245-251.

8. GARRISON RJ, CASTELLI WP: Weight and thirty year mortality of men in the Framingham study. *Ann Int Med* 1985; 103: 1006-1009.

9. ENGEL A: Ostéoarthritis and body measurements. *Vital Health Stat* 1968; 11; 1-37.

10. BRAY GA: Complication of obesity. *Ann Int Med* 1985; 103: 1052-1062.

11. ROSENBAUM M; LEIBEL RL: Pathophysiology of Childhood Obesity. *Adv Pediatr* 1988; 35: 73-138.

12. KORNITZER M & DRAMAIX M: The Belgian Interuniversity Research on Nutrition and Health: General Introduction. *Acta Cardiologica*, Vol. XLIV, 1989, 2, pp.69-99.

13. DEVOS P. & ZUNE P: Etude d'une population d'obèses âgés de 3 à 20 ans. Inc: Bilan et Perspectives en Médecine Scolaire, F. Geubelle, 1986.

14. BELLISLE F: Obésité de l'enfant: Comportement alimentaire et variables socio-culturelles. *JAND*, 20 octobre 1989.

15. MICHAUD C: Un déjeuner vraiment trop petit ! In Actes du Colloque «Le Petit Déjeuner», Bruxelles, mercredi 4 mai 1988.

Le dossier

L'ICAN a réalisé à l'intention des élèves une brochure explicative très soignée leur fournissant l'information de base en matière nutritionnelle et situant le petit déjeuner dans une alimentation équilibrée.

Au sommaire: l'énergie; les groupes d'aliments et de nutriments; les besoins de l'organisme; le petit déjeuner malin, pourquoi et comment; quelques suggestions de petits déjeuners équilibrés; des recettes pour chaque jour de la semaine; recettes pour faire du pain et des muffins, et enfin "1000 façons de préparer les oeufs".

Le petit déjeuner malin, brochure en couleurs de 28 pages réalisée par Ch. Baijot (pédagogue), F. Martin (diététicienne) et M.-N. Risack (graphiste), ICAN, Quai du Barbou 4, 4020 Liège, tél.: 041/43.75.39 poste 55. Actuellement, la brochure n'est diffusé que dans les écoles qui participent au "petit déjeuner malin".

4. Promocoop - Dossier de synthèse et enquête auprès des pharmaciens

L'objectif essentiel du dossier de synthèse est de garantir à chacun des membres participant au projet un minimum d'informations communes sur la problématique des tranquillisants, et en particulier des benzodiazépines.

Conçu comme un fichier pour être aisément manipulé et pour pouvoir y faire facilement des ajouts, le dossier dans sa forme actuelle synthétise les dernières informations disponibles sur différents sujets: définitions des tranquillisants, données socio-économiques, mécanismes d'action, indications thérapeutiques et contre-indications, effets secondaires, interactions médicamenteuses, règles de prescription, sevrage, alternatives. On y trouve aussi la liste complète des benzodiazépines commercialisées en Belgique: 45 marques!

Un objectif secondaire au dossier est qu'il puisse être distribué à des personnes «relais» amenées à intervenir sur le thème du bon usage des benzodiazépines.

Ainsi, nous avons également mené une enquête auprès des 550 pharmaciens de l'OPHACO (Office des Pharmacies Coopératives) pour voir dans quelle mesure ils pouvaient servir de relais, et quelles informations ils souhaitaient obtenir.

Les principaux résultats de cette enquête montrent que:

1. Le pharmacien ne semble pas reconnu par le public comme un interlocuteur pour la prise de tran-

quillisants: les patients en parlent avec lui, mais relativement peu.

2. Le stéréotype de la dame âgée à qui il est nécessaire de prescrire sa dose de benzodiazépines est également bien ancré chez le pharmacien.

Pourtant, on ignore de moins en moins que ces benzodiazépines sont responsables d'un pourcentage non négligeable de fractures du col du fémur. Et surtout que les problèmes de perte ou de dégradation du sommeil sont inhérents à la vieillesse et peuvent trouver des solutions ailleurs que dans les benzodiazépines (meilleure information des personnes âgées par rapport à cet état de fait; modification de certaines habitudes: sieste, café, etc...).

3. Les pharmaciens sont demandeurs d'information par rapport aux alternatives et au sevrage. Ils témoignent de l'intérêt qu'ils peuvent jouer en tant que relais dans une information sur le bon usage des benzodiazépines.

Isabelle Montulet, Pédagogue, Responsable Cellule Médicaments au MCF-Promocoop ■



Cigarette non merci!

L'Association Contre le Cancer a déjà eu l'idée de s'appuyer sur les médecins généralistes pour sa campagne «Examen de Santé» voici quelques années. Nous ignorons quels ont été les résultats de cette expérience. Toujours est-il qu'elle remet ça aujourd'hui sur un thème plus précis: comment arrêter de fumer grâce à son médecin généraliste.

Mais laissons la parole aux responsables de l'Association:

«Les fumeurs qui souhaitent se libérer de leur habitude le savent: ce ne sont pas les méthodes d'arrêt du tabac qui manquent. Certains d'ailleurs effectuent à travers toutes ces méthodes de véritables parcours du combattant: acupuncture, plans de cinq jours, consommation de substituts à la nicotine, hypnose, toutes les méthodes ont sans doute leurs avantages et leurs adeptes. Leurs échecs aussi.

Faire appel au premier conseiller en matière de santé, le médecin généraliste, est sans aucun doute une méthode inédite. Le lien de confiance établi souvent de longue date avec lui, sa connaissance concrète de l'environnement du fumeur, le suivi qu'il peut assurer dans cette démarche à l'égard de ses patients, le soutien moral qu'il peut leur apporter dans les moments difficiles qu'ils connaîtront souvent, sont autant d'atouts qui plaident pour le bien-fondé de cette méthode.»

En quoi consiste cette méthode?

Il s'agit d'un plan impliquant cinq consultations.

A la première, le médecin interroge

le patient sur ses habitudes tabagiques et effectue deux tests, une prise de sang destinée à déterminer le taux de CO (monoxyde de carbone) et une mesure du débit respiratoire de pointe (VEMS) pour détecter une éventuelle détérioration de la fonction respiratoire.

A la deuxième consultation, le médecin communique le résultat des tests et détermine avec le patient le premier jour d'abstinence.

Les trois rendez-vous suivants doivent aider le patient à traverser les premiers jours sans tabac, qui sont souvent pénibles.

Pour accompagner le candidat non fumeur dans ses efforts, le médecin lui remet en début de «traitement» une petite brochure, un «Passeport». On y trouve les raisons de dire «non» à la cigarette; les réponses à quelques résistances courantes du genre «mon grand-père fumait 60 cigarettes par jour et il a vécu jusqu'à 90 ans»; comment se préparer à s'arrêter de fumer; arrêter et tenir bon; ce qu'il faut éviter les premiers jours; comment éviter la prise de poids...

Le soutien de la Société Scientifique de Médecine Générale

Pour que l'opération réussisse, l'Association Contre le Cancer s'est assurée la collaboration de la Société Scientifique de Médecine Générale. On comprend aisément pourquoi: 5 consultations par patient, c'est toujours bon à prendre!

Il faut espérer en tout cas que les généralistes appelés à aider leurs patients désireux d'arrêter de fumer seront suffisamment outillés pour les aider valablement. En effet, on ne s'improvise pas accompagnateur efficace en la matière en deux coups de cuiller à pot. Ceux qui travaillent dans le domaine depuis de longues années, en groupe ou en aide individuelle, savent les efforts qu'il faut déployer

pour arriver à faire cesser de fumer trois personnes sur dix.

Les médecins intéressés ont un dossier du «Journal du Médecin» et une description du plan d'arrêt à leur disposition.

On leur explique aussi comment évaluer leur action à 6 mois. L'objectif recherché par l'Association

Le «petit déjeuner malin» de Question Santé

Au cours des prochains mois, Question Santé invite les écoles à se mettre à table pour partager un «petit déjeuner malin». Le principal intérêt de ce programme élaboré en collaboration avec l'ICAN réside dans le fait qu'il intègre étroitement l'apprentissage théorique et la pratique. En effet, dans chaque école, le point d'orgue de l'action consiste en un authentique petit déjeuner offert par Kellogg's, le célèbre producteur de céréales qui sponsorise le programme.

Mais avant de présenter le déroulement du programme dans le détail, il nous semble important de présenter les fondements scientifiques de cette problématique.

Le petit déjeuner chez nous: un problème de santé?

Les facteurs de risque dans nos populations

De nombreuses études ont identifié un certain nombre de facteurs environnementaux participant au développement des maladies chroniques et métaboliques chez l'adulte.

Contre le Cancer semble être 20% d'abstinence après six mois, pour autant qu'il s'agisse de patients motivés. Un objectif qui nous paraît bien modeste pour une campagne lancée de manière bruyante. D'autant que le délai de six mois est tout à fait insuffisant pour juger de l'efficacité d'un programme anti-tabac! ■

L'obésité est un facteur prédisposant bien reconnu vis-à-vis des maladies cardio-vasculaires, cancer et maladies digestives.(1-5)

Elle intervient en tant que facteur indépendant(5), ou par l'intermédiaire de son rôle dans le développement d'autres facteurs de risque comme l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, le diabète.

Des études (6-7) ont montré que le risque relatif pour l'hypertension artérielle, le diabète et l'hypercholestérolémie est respectivement de 5.3, 2.9 et 1.5 fois plus élevé chez les adultes obèses âgés de 20 à 45 ans que chez leurs homologues non obèses.

La célèbre étude de Framingham a estimé un taux de mortalité 3.9 fois plus élevé chez un groupe d'hommes (non fumeurs, cliniquement sains au début de l'étude vis-à-vis de maladies cardio-vasculaires) présentant un surpoids d'au moins 10% que chez le groupe contrôle (hommes non fumeurs, cliniquement sains et poids normal). (8)

On ne négligera pas non plus la plus grande incidence des problèmes de goutte, d'arthrite, rhumatismaux, orthopédiques et dermatologiques. (9-10)

suite page 33

suite de la page 16

Des auteurs ont montré que ces facteurs présents de façon précoce dans la vie d'un enfant, pouvaient vraisemblablement se développer dans l'adolescence et promouvoir le développement de maladies à l'âge adulte.

Rosebaum et Leibel (1998) (11) estiment que la morbidité est plus grande parmi les adultes qui ont été obèses même si cette obésité n'a pas persisté.

Les résultats obtenus dans le cadre de nos recherches nous interpellent et ne laissent pas présager une perspective optimiste.

Par exemple, 50% de notre échantillon d'étude issu de la population de la province de Luxembourg présentent un excès de poids ou une obésité. Les résultats pour la population belge seraient plus bas, aux environs de 30 % (12). Les taux de cholestérol sanguin sont les plus élevés parmi toutes les populations étudiées dans le cadre du projet MONICA-étude de tendance des maladies cardio-vasculaires.

Nos enfants ne sont pas à l'abri. La population d'enfants et d'adolescents obèses ne cesse de croître dans notre Communauté.

Les résultats les plus récents que l'on peut obtenir à ce sujet sont ceux recueillis lors de l'enquête menée par l'Inspection Médicale Scolaire en 1986(13). La fréquence moyenne de l'obésité était de 8.7% chez les filles et 5.8 chez les garçons. 10 à 11 % des adolescents de 10 à 14 ans présentaient une obésité. La fréquence de l'obésité augmentait chez les garçons et chez les filles significativement à partir de 6 ans. Elle diminuait chez les garçons à partir de 14 ans (7 à 6 %) tandis qu'elle augmentait chez les filles de cet âge pour atteindre 16%. Les

auteurs faisaient remarquer que ces chiffres sous-estimaient la réalité. D'autre part, notre Communauté n'a sans doute pas échappé à l'évolution défavorable de ce facteur qui augmente de façon impressionnante dans beaucoup de pays. L'ampleur est telle que cela devient un véritable problème de Santé Publique.

Les habitudes alimentaires font partie de l'ensemble «environnement» et représentent un des facteurs les plus déterminants dans l'expression de facteurs de risque, notamment l'obésité. Nous devons cependant déplorer la façon dont se nourrissent nos populations et l'évolution tend vers une déstructuration du mode alimentaire particulièrement chez les enfants et les adolescents.

L'état de santé présent et futur de la population passe obligatoirement par une réadaptation du bilan nutritionnel et alimentaire. Les déséquilibres alimentaires permettent l'expression de prédispositions génétiques et/ou familiales quant aux facteurs de risque des maladies dites du XXème siècle.

Le petit déjeuner, une solution?

D'une part les enseignants se plaignent d'un manque d'attention de leurs élèves en fin de matinée, les employeurs du manque de productivité du personnel et les médecins de l'augmentation des accidents de travail en fin de matinée.

D'autre part lorsqu'on étudie la ration alimentaire des obèses par rapport à celle de non obèses, on reste perplexe. Les études ne mettent pas en évidence de différences dans l'ingestion calorique quotidienne, ni de présence d'hyperphagie manifeste (14). Les obèses ne mangent pas nécessairement plus que les non obèses. Dans une étude d'un groupe d'enfants âgés de 7 à

12 ans (14), on note que les catégories des gros et obèses mangent moins que les autres au petit déjeuner mais par contre plus au dîner et au souper. Les valeurs énergétiques du petit déjeuner et du goûter varient inversement avec la corpulence.

Manger de grandes quantités en un seul repas favorise la prise de poids.

Enfin le comportement alimentaire vis-à-vis de ce repas semble être un bon indicateur de l'aptitude à couvrir ou non ses besoins nutritionnels essentiels (15).

Ceci appuie et confirme l'importance de ce repas et d'une action éducative à son niveau visant particulièrement le public des enfants et des adolescents.

Mais de quoi est fait le petit déjeuner de nos enfants?

Bien souvent, ce repas est très insuffisant voire inexistant. En France, des études (15) estiment qu'il couvre à peine 16% de la ration énergétique journalière alors que les recommandations en la matière sont de 25 %.

3.8 % des filles et 4.8 % des garçons ne prendraient pas de petit déjeuner.

La situation semble plus grave en Belgique. L'enquête menée dans la Communauté française sur le comportement de Santé des Jeunes nous apprend que 37% des garçons et 48 % des filles ne consommeraient pas ce repas. L'abstinence augmenterait avec l'âge et en fonction du statut social.

L'aspect quantitatif n'est pas le seul à devoir être considéré, l'aspect qualitatif est tout aussi important. Là aussi, nous devons faire un constat d'échec. L'évolution de notre modèle alimentaire ne se fait pas

Evaluation

U.N.M.S. - F.P.S. ATELIERS MIEUX-ETRE

Arlon : Alimentation - Diététique - Gym douce - Stress
Contact : Centre de Promotion Conjugale et Familiale
des F.P.S. du Luxembourg
rue du Gymnase, 15, 6700 Arlon.
063/22.58.63

Brabant-Wallon : Alimentation - Gym douce
Contact : F.P.S. du Brabant-Wallon
Chaussée de Mons 228, 1480 Tubize.
02/355.79.33 (poste 46)

Bruxelles :
Alimentation - Diététique - Gym douce - Stress
Contact : Centre d'Information et d'Education
Familiale de la F.P.S. du Brabant
Place du Champs de Mars 4, 1050 Bruxelles.
02/511.81.90

Charleroi :
Alimentation - Diététique - Gym douce - Stress
Contact : Centre de Promotion conjugale et Familiale
rue d'Orléans 34, 6000 Charleroi.
071/32.77.11

Couvin : Alimentation - Diététique - Gym douce - Stress
Contact : Centre Médical de l'ASBL Bien-Etre et Santé
rue de la Falaise, 5660 Couvin.
060/34.68.03 - 071/66.64.71 ext. 25

Liège : Alimentation - Diététique - Gym douce - Stress
Contact : Centre de Promotion Conjugale et Familiale
rue des Carmes 17, 4000 Liège.
041/23.13.73 23.13.83

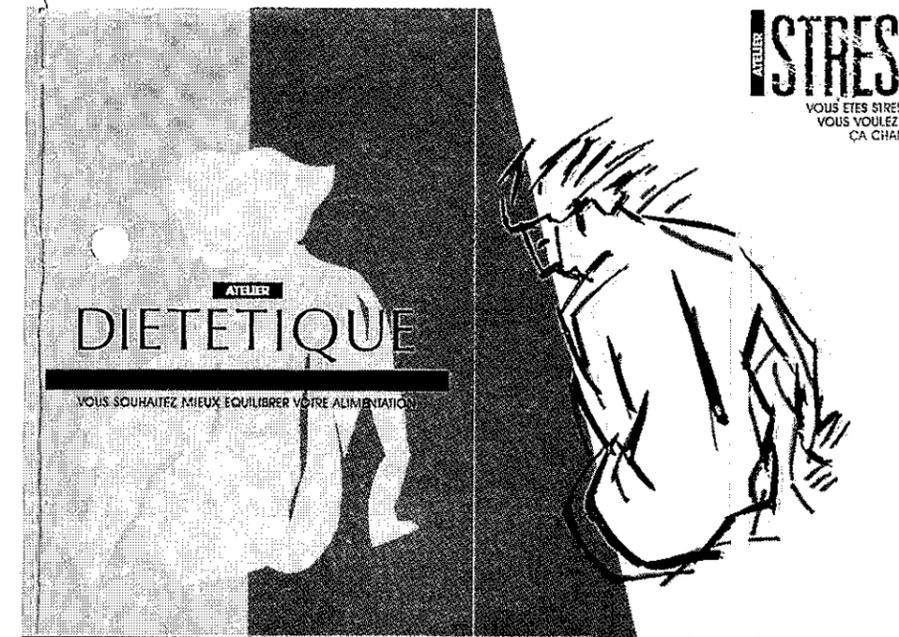
Mons :
Alimentation - Diététique - Gym douce - Stress
Contact : F.P.S. Borinage
rue Masquelier 18, 7000 Mons.
065/37.77.31

Namur :
Alimentation - Diététique - Gym douce - Stress
Contact : Centre de Promotion Conjugale et Familiale
rue des Croisiers 41, 5000 Namur.
081/22.93.47

COORDINATION
U.N.M.S./F.P.S. - PROMOTION DE LA SANTE
rue Saint-Jean 32-38, 1000 Bruxelles
02/515.05.85.

Prix actuels (FB)

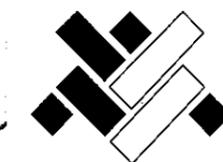
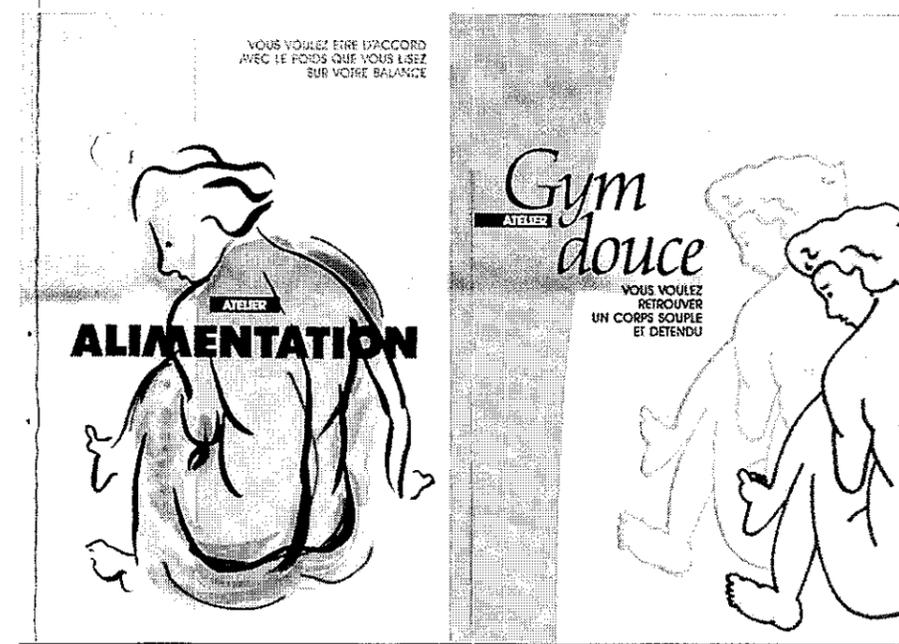
| | DIETE TIQUE | ALIMEN TATION | STRESS | GYM DOUCE |
|--------------|----------------|------------------|--------|--------------|
| Affiliée FPS | 1250 | 1500 | 1500 | 950 |
| Affilié UNMS | 1500 | 2000 | 2000 | 1200 |
| Extérieurs | 1750 | 2500 | 2500 | 1450 |



Jean-Louis PESTIAUX

Manuela MARQUES

Marie-Line VAN NIEUWENHUYSE



**Promotion de la Santé UNMS/FPS
1990**

Présentation générale

Dans la plupart des pays occidentaux le problème de l'obésité touche 25 à 30 % de la population adulte. Chez nous, dans une enquête réalisée dans la province du Luxembourg (1), 30% des femmes étaient obèses, 42% se trouvaient trop grosses, 45% voulaient maigrir.

Indicateur de stress, de mal être, d'anxiété, les tranquillisants sont consommés par 17% des affiliés de la Mutualité Socialiste (2), par 30% des femmes wallonnes de plus de 30 ans (3). A cause des phénomènes de dépendance et de ralentissement psychomoteur, pour le plupart cette consommation est peu satisfaisante.

Par ailleurs, nombreuses sont les personnes qui demandent de retrouver un meilleur rapport avec leur corps, de développer leur autonomie, de les libérer des médicaments.

Dans les domaines de l'obésité et du stress, les ateliers dont nous présentons les évaluations ci-après sont essentiellement sous-tendus par ces constats. Leur philosophie est comportementale.

Le travail de diagnostic par la personne elle-même, de mise en rapport des problèmes avec les événements de vie, l'apprentissage de consignes à intégrer dans la vie de tous les jours, la communication, le travail sur le corps en sont les piliers.

La démarche est donc psychosomatique mais aussi de prévention et d'éducation à la santé.

J.L. PESTIAUX
Manuela MARQUES
Marie-Line VAN NIEUWENHUYSE

Références :

1. J.L. PESTIAUX. Habitudes de vie - Alimentation et obésité dans le Luxembourg. U.N.M.S. - F.P.S. Promotion de la santé. 1985 - 41 p.
2. J.L. PESTIAUX - B. de BELLEFROID - Y. DIERICKX - M. DE SOMER. Femmes et Tranquillisants. U.N.M.S. - F.P.S.. Promotion de la Santé. 1987 - 60 p.
3. J.L. PESTIAUX et coll. Représentation populaire et consommation des Tranquillisants. Enquête nationale auprès des affiliés de la Mutualité Socialiste. U.N.M.S. - F.P.S.. Promotion de la Santé. 1990 (à

Conclusion

Les résultats correspondent bien à ce qui est attendu Le travail corporel agit sur la musculature et le maintien, mais aussi sur le plan psychologique : les personnes se sentent mieux.

Ces constatations suivent celles de nombreux thérapeutes qui actuellement ne conçoivent plus de travailler uniquement un aspect de la personnalité : soit le corps, soit le psychisme. Ils conseillent aux patients de travailler sur les différents plans en tenant compte de leur unité psychosomatique. (BORYSENKO -4)

Références

1. G. ALEXANDER. Le corps retrouvé par l'Eutonie. Ed. Tchou, 1988.
2. Th. BERTHERAT. Le corps a ses raisons. Ed. du Seuil, 1977.
3. Th. BERTHERAT. Le repaire du tigre. Ed. du Seuil, 1989.
4. J. BORYSENKO. Penser le corps, panser l'esprit. InterEditions, Paris, 1988.
5. G. STRUYF-DENYS. Les chaînes musculaires et articulaires. Editions des Chaînes Musculaires. Bruxelles. 1987.

Atelier Gym douce

Objectifs et méthodes

Les cycles «Gym douce» sont trimestriels, à raison d'une séance de 1h par semaine. Ils sont animés par des kinésithérapeutes ou des professeurs de gymnastique spécialisés. Chaque personne (homme ou femme) bénéficie d'une première séance gratuite, pour apprécier la méthode. Les exercices sont simples, accessibles à tous, même aux personnes âgées. Chacun va à son rythme, en douceur, en tenant compte de ses propres limites.

Les théories de référence sont l'Anti-gymnastique (BERTHERAT -2,3), l'eutonie (ALEXANDER -1), et les chaînes musculaires (STRUYF -5). Sous l'effet du stress mal assumé, des contractures musculaires s'installent. Elles entraînent des douleurs chroniques (mal au dos, à la tête,...), et peuvent perturber le métabolisme (respiration malaisée, mauvaise digestion). Si la personne se sent faible physiquement, cela peut retentir sur son moral, sa confiance en soi.

Le but de l'atelier est de rompre ce cercle vicieux :

- Étirer et détendre la musculature dorsale.
- Assouplir les articulations.
- Apprendre à se relaxer entre les exercices et en fin de séance.
- Associer peu à peu la respiration aux mouvements.
- Apprendre à utiliser le tonus juste nécessaire à chaque effort.

L'atelier a aussi l'intérêt de compléter avantageusement toutes les autres activités proposées dans les centres, des consultations individuelles aux autres ateliers.

L'évaluation, qui concerne l'état de stress, l'amélioration subjective et la satisfaction, porte sur un échantillon de 70 personnes parmi les 150 personnes inscrites en permanence dans les différents centres F.P.S. concernés. Les résultats sont donc partiels. Toutefois, ils semblent bien refléter ce qui se passe pour l'ensemble des participants.

Le stress est mesuré sur une échelle visuelle analogique en 15 items reprenant des symptômes physiques et psychologiques du stress (Visual Analogic Scale -VAS). Le score maximum possible est 150.

Sur un premier sous-échantillon de 30 personnes, nous avons effectué deux mesures lors d'une même séance, avant et après le travail corporel. Pour un autre sous-

échantillon, nous avons testé l'évolution au début et à la fin d'un cycle, en comparant le degré de stress, en fin de séance.

La satisfaction est mesurée sur la même échelle que pour les autres ateliers.

Résultats

Age moyen : 46 ans. (70 personnes)

Degré de satisfaction moyen : 8,8/10

La première mesure montre que le travail en séance diminue considérablement les symptômes de stress : juste après la séance on se sent bien.

VAS moyen avant la séance : 57 (30 personnes)

VAS moyen après la séance : 25 (30 personnes)

L'évolution de la première à la dernière séance va aussi dans le sens d'une amélioration.

VAS moyen à la fin de la première séance : 32 (22 pers.)

VAS moyen à la fin de la dernière séance : 22 (22 pers.)

Effets positifs de l'atelier

«Je me sens détendue, plus souple, j'aime la bonne ambiance du groupe. J'ai une meilleure forme physique. Je connais mieux mon corps, j'ai appris des mouvements qui me font du bien. Je me tiens mieux (meilleur maintien). Mes maux de dos ont disparu. J'ai plus de mobilité. La relaxation n'est pas que physique, on se sent bien dans sa tête. C'est gai, on s'amuse. La gym. douce, c'est mon espace de liberté dans la semaine. Je m'y suis rendue compte de mon besoin de relaxation. Je respire mieux, je suis moins stressée en général. Après les séances, je me sens bien. Je sens que c'est bon pour ma santé. J'accepte plus facilement les ennuis venant de l'extérieur.»

Aspects négatifs

25 personnes sur 70 ont suivi plus de 3 cycles. Quelques unes d'entre elles se plaignent de la redondance au niveau des exercices proposés. Certaines voudraient des séances plus longues : 1h30

Une personne regrette que l'amélioration ressentie au dos en fin de séance ne dure pas.

Atelier Diététique

Objectifs et méthode

L'atelier diététique s'adresse à toutes les personnes, hommes ou femmes, préoccupées par leur alimentation à cause de problèmes de poids, de santé ou encore aux personnes demandeuses d'information diététique. Animé par une diététicienne, il se déroule en 10 séances de 2h sur une période de trois mois. Le nombre de participants par atelier est limité à 10 personnes.

La méthode vise une modification du comportement nutritionnel. L'objectif est de permettre aux participants d'appliquer dans leur alimentation quotidienne les principes essentiels d'une alimentation équilibrée. Chacun est donc amené à réfléchir sur son alimentation et à chercher des solutions en fonction des erreurs alimentaires mises à jour au début de l'atelier. Pour ce faire, à chaque séance, un principe nutritionnel est analysé et les participants choisissent une consigne à appliquer durant la semaine.

Durant les séances, les notions théoriques sont simplifiées et sont discutées en fonction des questions posées. Une large place est accordée aux échanges d'expériences, de recettes, ... Les conseils donnés doivent être applicables dans les menus quotidiens de l'ensemble de la famille.

L'évaluation prend en compte essentiellement la perte de poids, les modifications du comportement alimentaire et la satisfaction des participants.

Les personnes sont catégorisées suivant l'indice de Quetelet (poids en kg/taille en m²), indice habituellement utilisé dans les enquêtes de population (CATERSON- 1). Les limites sont :

- moins de 25 kg/m² : poids normal,
- de 25 à 29,9 kg/m² : obésité modérée,
- 30 kg/m² et plus : obésité importante.

On considère qu'un indice de Quetelet inférieur à 25 est «normal» parce qu'il ne comporte pas de risque santé (GRAY-3). Toutefois, certaines personnes qui sont dans cette limite peuvent être en surcharge pondérale et donc avoir comme motivation le désir de maigrir.

L'activité physique est déterminée suivant une grille prenant en compte les activités exercées durant le travail et au cours des loisirs.

Les modifications objectives et subjectives du comportement alimentaire sont enregistrées. Les participants remplissent à la fin de la première et de la huitième séance une anamnèse nutritionnelle. Il leur est demandé de noter l'ensemble des boissons et des aliments pris la veille ainsi que le type de cuisson utilisé. Le calcul et l'analyse de l'anamnèse permettent de déterminer :

- le bilan énergétique total de la journée (BET),
- la répartition des protéines, des glucides et des lipides,
- la qualité de l'apport nutritionnel.

Ces anamnèses sont calculées informatiquement (base de donnée IPL - 4) et comparées. De plus, les participants sont invités à indiquer sur la feuille évaluative finale les modifications les plus importantes qu'ils ont introduites dans leur alimentation ainsi que dans celle de leur famille.

Le degré de satisfaction est mesuré sur une échelle analogique visuelle de 10 cm : «se situer entre deux points, soit tout à fait satisfait, soit pas du tout satisfait».

Caractéristiques des participants

On trouvera dans le tableau 1 les caractéristiques des 50 participants aux sept ateliers ayant eu lieu entre juin 89 et juin 90. Bien que l'atelier diététique soit mixte, seules des femmes ont participé.

Tab.1. Caractéristiques et motivations des participantes en fonction de leur indice de Quetelet

| Indice de Quetelet | /-/25 | 25 - 29,9 | 30 + |
|------------------------------|-------|-----------|------|
| Nombre | 18 | 22 | 10 |
| âge moyen | 48 | 50 | 49 |
| taille moyenne | 162 | 161 | 163 |
| poids moyen | 59,0 | 69,7 | 90,9 |
| Activité physique | | | |
| sédentarité | 4 | 0 | 2 |
| act. faible | 14 | 20 | 8 |
| act. moyenne | 0 | 2 | 0 |
| act. forte | 0 | 0 | 0 |
| Motivations : | | | |
| Manger plus sainement (info) | 12 | 0 | 1 |
| Perdre du poids | 3 | 19 | 9 |
| Pathologie | 3 | 3 | 0 |

L'âge moyen est de 49 ans (30 à 69 ans) et le poids moyen de 70,1 kg (48 à 110 kg).

La quasi totalité des participantes sont sédentaires ou ont une activité faible (48/50). Dans leur travail, elles se déplacent peu et ne réalisent pas de travaux lourds. Au cours de leurs loisirs, elles pratiquent peu ou pas d'activité physique.

On constate que la motivation varie en fonction du poids :
 - Les personnes ayant un indice de Quetelet inférieur à 25 assistent à l'atelier afin d'obtenir des conseils pour manger plus sainement, des informations sur l'équilibre nutritionnel ou sur un autre mode d'alimentation (végétarisme, alimentation dissociée, ...) ou encore sur les nouveaux produits proposés sur le marché (produits «light»,...). Certaines sont d'anciennes obèses et leur préoccupation est alors de ne pas reprendre du poids. D'autres viennent pour maigrir (indice de Quetelet supérieur à 23,3).
 - La demande principale des personnes ayant un indice de Quetelet supérieur ou égal à 25 est de perdre du poids (28/32 soit 87%).

Sur l'ensemble des participantes, certaines demandaient une aide diététique suite à un problème de santé (maladies cardio-vasculaires, diabète, allergie).

Résultats

Trois personnes ont abandonné, dont deux pour des raisons indépendantes de l'atelier. L'évaluation porte sur les 47 personnes (94%) qui ont suivi le cycle de 10 séances.

1) La perte de poids

Parmi les 31 participantes qui avaient pour objectif principal l'amaigrissement, on constate que 21 ont effectivement perdu du poids (68%). Les 10 autres se sont stabilisées à leur poids de départ.

Deux personnes (indice de Quetelet <25) qui n'avaient pas formulé cette demande ont également maigri. Au total, 23 participantes sur 47 (49%) maigrissent. Leur perte de poids sur la durée de l'atelier est en moyenne de 3 kg, soit +/- 1 kg par mois.

Tab.2. Perte de poids en fonction de la demande et de l'indice de Quetelet

| Indice de Quetelet | /-/25 | 25-29,9 | 30 + | Total |
|---|--------|---------|--------|---------|
| Nbre de pers. ayant terminé l'atelier | 16 | 21 | 10 | 47 |
| Nbre de pers. demande=maigrir | 3 | 19 | 9 | 31 |
| Nbre de pers. demande=maigrir et ayant perdu du Poids | 2(66%) | 11(58%) | 8(89%) | 21(68%) |
| Perte de poids moyenne (kg) | 1,5 | 2,0 | 5,1 | 3,1 |

2) La modification du comportement nutritionnel

Certaines participantes n'ayant pas remis leurs deux anamnèses, les résultats portent sur 42 bilans.

Tab.3. Bilan des anamnèses nutritionnelles au début et à la fin de l'atelier en fonction de l'indice de Quetelet

| Indice de Quetelet | /-/25 | 25-29,9 | 30 + |
|-----------------------|----------|----------|-----------|
| Nbre de participantes | 15 | 19 | 8 |
| Anamnèse début | | | |
| BET kcal (% lipides) | 1560(37) | 2180(41) | 1950(41) |
| Anamnèse fin | | | |
| BET kcal (% lipides) | 1480(32) | 1475(31) | 1380 (27) |

On remarque que les personnes ayant un indice de Quetelet inférieur à 25 ont un apport calorique au départ relativement faible. Il n'est guère modifié en fin d'atelier. Par contre, l'apport en lipides diminue. Pour les personnes ayant un indice de Quetelet supérieur ou égal à 25, l'apport calorique est au départ plus important. A la fin de l'atelier, elles se retrouvent au même niveau que les autres avec un apport en lipides nettement diminué.

L'analyse des anamnèses fait ressortir :

- une nette amélioration au niveau du grignotage.
- Sur 25 personnes qui grignotaient au début de l'atelier, 4 seulement le font encore à la fin.
- une augmentation du nombre de prises alimentaires pour 22 participantes sur 42.
- une nette diminution de l'apport calorique sous forme d'alcool et de sucreries.

En fonction de l'indice de Quetelet, les changements les plus importants rapportés par les participantes sont :

- Q < 25 :**
 - une augmentation des connaissances (37%),
 - une augmentation de la consommation des produits laitiers (31%),
 - une diminution des sucreries (25%).
- Q entre 25 et 29,9 :**
 - une alimentation plus saine (52%),
 - une augmentation des connaissances (42%),
 - une diminution des graisses (24%).
- Q > 29,9 :**
 - une diminution des graisses (70%),
 - une diminution des sucreries (40%),
 - une augmentation des connaissances (30%).

Références

1. D. ADAM. Stress au féminin : un programme communautaire de prévention et de promotion en santé. Santé Mentale au Canada. 1989 - 37/4, 6-9.
2. L.R. DEROGATIS. SCL-90, Manual revised version. 1977. John Hopkins University. School of medicine.
3. O. FONTAINE, J. COTTRAUX, R. LADOUCEUR. Cliniques de thérapies comportementales. Ed. Mardaga. 198455 p.
4. J-L. PESTIAUX et coll. Représentation populaire et consommation de tranquillisants. Enquête nationale auprès des affiliés de la mutualité socialiste. UNMS/FPS. Promotion de la santé 1990 (à paraître).
5. P. WATZLAWICK, J. WEAKLAND. Sur l'interaction. Paris. Ed. du Seuil. 1981.

qui vont accentuer les manifestations d'anxiété. L'une se pose des questions sur la qualité de sa communication avec son conjoint, l'autre se rend compte que ses enfants s'éloignent d'elle, ... Reste alors 12 personnes qui quittent l'atelier avec un score élevé (moyenne : 142). Elles disent que c'était agréable de venir aux réunions, mais que rien n'a changé pour elles. Les problèmes de santé ou de déprime persistent. Certaines ont l'impression d'avoir remis en question beaucoup de choses sans retrouver d'assise. A leur sujet, on est condamné aux hypothèses généralement admises :

- L'aggravation des scores peut être liée au fait que des défenses massives, établies depuis longtemps, ont été ébranlées ?

- Peut-être vient-elle du fait que les problèmes de départ étaient trop importants et trop particuliers ? On est frappé par le nombre de ces femmes qui traînent depuis des années des plaintes nombreuses qui s'accumulent. Elles ont fait de multiples examens médicaux. Parfois, elles ont subi des interventions chirurgicales radicales (thyroïde, sein, utérus, ...) sans que jamais l'aspect psychologique de leurs difficultés n'ait été un tant soit peu pris en compte.

- Quelques personnes avaient vis à vis de l'atelier des attentes presque magiques ! Une grande avidité mêlée à une intolérance aux limites et aux frustrations expliquerait l'échec, le sentiment de déception qu'elles ressentent ?

- Il y a aussi les bénéfices secondaires qu'entraînent les symptômes de mal être, seule manière parfois de se faire entendre ou respecter ?

- Enfin, les résistances peuvent venir de l'entourage. On connaît bien maintenant l'importance des pressions exercées par certains types d'organisation familiale sur le ou les membres qui chercheraient à s'écarter des règles coutumières pour évoluer vers une certaine autonomie. (WATZLAWICK, WEAKLAND -5)

Plusieurs parmi ces personnes demandent une consultation individuelle. L'atelier aura été un premier pas, l'occasion de se familiariser avec un lieu et des personnes qui seront capables de donner une écoute attentive en cas de besoin.

Contrairement à nos espérances, les personnes qui participent aux ateliers ne cherchent pas une prévention. Ce ne sont pas des gens plutôt en forme qui veulent se prémunir du stress encore mieux. Les participantes sont et resteront sans doute pour la plupart des personnes fragiles. Elles manquent souvent de confiance en soi. Elles sont facilement décues. Elles ont besoin de relations sécurisantes,

mais, en même temps, elles craignent la perte d'indépendance que ces relations impliquent. L'atelier produit un apaisement, conduit à des décisions, mais ne résout pas tout. Ces personnes gardent une vulnérabilité sociale importante et un nouvel événement de vie grave pourrait faire basculer l'équilibre retrouvé. Cependant, l'avantage sera alors que la personne saura où s'adresser pour trouver une aide rapide.

Certaines personnes trouvent que le temps d'un atelier est trop court. Elles voudraient bénéficier plus longtemps de la solidarité du groupe. Nous leur proposons alors des activités complémentaires. Les ateliers de gymnastique douce qui permettent de poursuivre le travail corporel de détente, les ateliers «alimentation», s'ils répondent à une réelle demande, la mise en place de groupes d'entraide réunissant des personnes ayant participé à différents groupes de gestion du stress, et, des personnes extérieures.

La méthode telle qu'elle est conçue actuellement semble ne pas nécessiter d'aménagement. Le travail corporel en est un aspect important. La question du sevrage des tranquillisants reste posée. Nous avons choisi de nous centrer moins sur le médicament (vis à vis duquel les personnes semblent pour le moins ambiguës, voire gênées), mais plus sur des apprentissages de base utiles pour une meilleure qualité de vie. Peut-être faudrait-il tester une approche semblable où le sevrage de tranquillisant serait un objectif prioritaire ? Se poseraient alors des problèmes de recrutement, car la dépendance à ce type de médicament apparaît élevée. (PESTIAUX -4)

Conclusion

Quelque soit l'impact de l'atelier sur la résolution des problèmes précis qui amènent la participation, il semble que cette expérience soit toujours vécue comme un moment important, une expérience positive. Les personnes trouvent là un lieu qui n'existe nulle part ailleurs où elles peuvent être totalement elles-mêmes. En dehors des rôles qu'on leur impose au dehors, elles peuvent exprimer leur difficultés de vivre, se sentir écoutées et reconnues pour ce qu'elles sont. La plupart retrouvent une meilleure confiance en soi et des repères pour avancer.

Pour celles dont l'angoisse augmente suite à certaines prises de conscience, la volonté de s'en sortir n'en est parfois que renforcée.

28 participantes sur 42 (59%) signalent que ces changements ont été intégrés dans l'alimentation familiale.

3) La satisfaction

L'indice de satisfaction pour les 47 participantes est de 9,4/10.

Discussion

La participation exclusivement féminine dans les ateliers peut s'expliquer par le fait que ce sont les «Femmes Prévoyantes Socialistes» qui ont pris en charge la publicité et ont organisé les séances dans leurs locaux. De plus dans notre société, c'est encore essentiellement la femme qui s'occupe et se préoccupe de son alimentation ainsi que de celle de sa famille. L'horaire des ateliers n'a pas d'influence puisque ceux-ci se sont déroulés à la fois dans l'après-midi et en soirée.

Le taux d'abandon est de 6% . Pour deux abandons sur trois, il s'agissait de problèmes de disponibilité. On peut donc penser que le programme rencontre bien l'attente des participantes. Ceci est d'ailleurs renforcé par le degré de satisfaction lors de l'évaluation finale qui est de 9,4/10.

Toutes les personnes dont la demande était de maigrir ont perdu du poids (en moyenne 1 kg par mois) ou ont vu celui-ci se stabiliser. Les bénéfices secondaires ont été pour elles appréciables : moins de problèmes gastriques, moins de lourdeur, mieux-être général, ...

En ce qui concerne l'anamnèse de départ, l'apport calorique total des participantes ayant un indice de Quetelet supérieur ou égal à 25 (2112 kcal, 41% de lipides) est comparable à celui relevé par le BIRNH pour les femmes belges en général (2082 kcal, 42% de lipides)(KORNITZER - 5). Cela correspond à un apport calorique normal pour les femmes de 50 ans dont l'activité physique est moyenne (DUPIN - 2). Or, les femmes participant à l'atelier sont en grande majorité (48/50) sédentaires ou ont une activité physique faible.

L'atelier diététique vise une modification du comportement nutritionnel au travers de consignes librement choisies par chaque participante en fonction de ses erreurs alimentaires. Il n'y a ni interdit, ni restriction imposée. Et bien qu'il n'y ait au départ aucun plan alimentaire rigide, on constate que les participantes se «normalisent» plus ou moins au même taux calorique : 1380 à 1480 kcal. Celui-ci est compris dans les limites généralement recommandées dans le cadre d'un régime amaigrissant. Il est considéré comme adéquat au niveau nutritionnel et tout à fait acceptable pour la personne elle-même (CATERSON - 1).

Les obèses diminuent leur ration calorique de plus ou moins 700 kcal et leur pourcentage de lipide de 14%. Il est donc clair qu'elles ont modifié de façon importante leur alimentation à la fois en quantité et en qualité : diminution du grignotage, des sucreries, des graisses, ... Les personnes ayant un indice de Quetelet inférieur à 25 ont, quant à elles, amélioré de façon essentiellement qualitative leur alimentation : augmentation des produits laitiers, des boissons, des fruits, des fibres, meilleur rythme alimentaire, ...

Références

1. I.D. CATERSON. Management stratégies for weight control - Eating - Exercice - Behaviour. Drugs, 1990, suppl. 3, 20-32.
2. H. DUPIN. Apports nutritionnels conseillés pour la population française. Lavoisier, Paris, 1981, 15 - 17.
3. D.S. GRAY. Diagnosis and prévalence of obesity. The Médical clinics of North America, 1989, 73, 1, 1-13.
4. Institut Paul Lambin. Table de composition des aliments. Bruxelles : I.P.L., 1989, 79p.
5. M. KORNITZER, L. BARA. Clinical and anthropometric data - Blood chemistry and nutritional patterns in the belgian population according to age and sex - B.I.R.N.H. Acta Cardiologica Belgica, 1989, 44, 2, 101-144.

Atelier Alimentation

Objectifs et méthode

L'atelier alimentation s'adresse essentiellement aux femmes, préoccupées par leur problème de poids. Animé par une psychologue, il se déroule en 12 séances de 2 heures sur une période de 4 mois. Le nombre de participantes par atelier est limité à 8 personnes.

La méthode vise à un amaigrissement, une stabilisation du poids ou encore une acceptation de son état par la personne obèse. Pour ce faire, après un diagnostic du comportement alimentaire, d'activité physique et d'activités gratifiantes, des consignes visant à modifier ces comportements sont intégrées progressivement. Pour certaines qui ont couru les régimes «miracle» sans résultat on s'efforce de leur faire prendre conscience du côté pernicieux de ceux-ci. Une grande part des séances est réservée à la relaxation.

L'évaluation prend en compte essentiellement la perte de poids, les changements pour la personne elle-même ainsi que pour sa famille et la satisfaction.

Comme dans l'atelier diététique, les personnes sont catégorisées suivant l'indice de Quetelet. L'activité physique est déterminée suivant la même grille prenant en compte les activités exercées durant le travail et au cours des loisirs. Les modifications de comportement alimentaire et d'activité physique sont enregistrées. Afin de mesurer les différences de quantité alimentaire prises au cours de la journée, on demande aux participantes de remplir une anamnèse diététique au début et en fin d'atelier. Celles-ci sont analysées informatiquement. Et enfin pour mesurer l'effet «antistress» on leur demande de remplir une échelle analogique visuelle de stress à la 2e et à la 12e séance. Le degré de satisfaction est mesuré sur la même échelle que pour l'atelier diététique.

Caractéristiques des participantes

On trouvera dans le tableau I les caractéristiques des 62 participantes aux 9 ateliers ayant eu lieu entre juin 89 et juin 90.

Tableau I Caractéristiques des participantes suivant l'indice de Quetelet

| I.Q. | /-/25 | 25-29.9 | 30 + | Total |
|-------------------|-------|---------|------|-------|
| Nombre | 11 | 19 | 32 | 62 |
| Age moyen | 44 | 48 | 49 | 48 |
| Taille moyenne | 163 | 162 | 163 | 162 |
| Poids moyen | 61.3 | 72.4 | 92.9 | 81 |
| Activité physique | | | | |
| . sédentarité | - | 4 | 9 | 13 |
| . act. légère | 11 | 13 | 20 | 44 |
| . act. moyenne | - | 2 | 3 | 5 |
| . act. forte | - | - | - | - |

La médiane d'âge est de 48 ans, de poids 80 kilos (50 à 140 kilos) et de taille 1.63.

La quasi totalité des participantes sont sédentaires ou ont une activité faible (57 sur 62). Dans leur travail, elles se déplacent peu et ne réalisent pas de travaux lourds. Au cours de leurs loisirs, elles pratiquent peu ou pas d'activité physique.

Résultats

Sur l'ensemble des participantes 49 (79 %) ont terminé le cycle complet des 12 séances. Les raisons d'abandon sont diverses. 5 personnes ont abandonné après la 10e séance, pour des raisons inconnues. 2 personnes ont abandonné assez rapidement pour des raisons extérieures à l'atelier, 2 supplémentaires à cause d'un manque de motivation évident. Et enfin 4 personnes dont l'indice de Quetelet était très élevé (50.8 -50.2 -40.1 - 33.8) et dont la demande était de maigrir rapidement ont manifestement abandonné à cause du fait que l'atelier ne répondait pas à leur attente. On trouvera dans le tableau II les résultats essentiels concernant les 49 personnes qui ont terminé l'atelier.

Pour les 22 personnes qui augmentent leur score. 10 passent d'un score peu élevé à un score encore modéré (45 à 62). Au cours de l'atelier, elles ont pris conscience de difficultés de leur vie qu'elles avaient tendance à minimiser et cela a augmenté leur anxiété globale. 4 ont des scores élevés qui restent relativement stables (145 à 150). 8 ont des scores moyens qui s'aggravent de façon plus importante (97 à 138).

L'item 15 qui évoque l'idée suicidaire évolue favorablement pour plus de la moitié des personnes concernées. (Tableau IV)

Tableau IV : Idées suicidaires.

| | Début : | Fin : |
|-------------|---------|-------|
| un peu | 18 | 8 |
| moyennement | 6 | 2 |
| beaucoup | 4 | 3 |
| extrêmement | 2 | 0 |
| | 30 | 13 |

L'indice global de satisfaction est de 7.9/10 pour celles dont le Derogatis s'améliore et de 6.4/10 pour celles pour lesquelles il s'aggrave.

En ce qui concerne les événements de vie positifs, plusieurs femmes rapportent que des personnes de leur entourage les ont trouvées changées depuis leur participation à l'atelier. Elles sont plus détendues, plus abordables, plus disponibles. La relation avec les proches s'améliore. Certaines ont trouvé un emploi, d'autres ont vu disparaître leurs migraines, des douleurs qui traînaient depuis des mois. On note des changements dans l'apparence (vêtements, coiffure, etc) D'anciennes habitudes sont reprises : planifier ses journées, aller s'oxygéner régulièrement, ... Quelques unes s'inscrivent à des activités de développement personnel (stages artistiques, massage, cours du soir, ...) Celles qui sentent le besoin de poursuivre le travail commencé à l'atelier entament une psychothérapie ou s'inscrivent aux séances de gymnastique douce organisées en parallèle dans le même centre.

Bien que beaucoup signalent leur difficulté à se relaxer sans la présence de l'animatrice, un tiers des personnes pratique la relaxation à domicile de façon autonome. Le travail de l'atelier amène la plupart des femmes à développer une attitude plus positive vis à vis de leur corps, et une attitude plus protectrice vis à vis du stress de tous les jours : on s'arrête plus souvent, on essaye de mieux respecter son propre rythme.

La plupart des femmes consomment des tranquillisants, mais les informations qu'elles donnent ne sont pas toujours crédibles. Ces dernières sont disparates et fluctuent au cours de l'atelier. L'évolution de la consommation s'avère très difficile à circonscrire. Il semble qu'elles soient peu nombreuses à modifier de manière vraiment significative leurs habitudes. Cependant, dans chaque groupe, on rencontre l'une ou l'autre participante qui fait preuve d'une grande détermination et parvient à réduire de façon spectaculaire sa consommation initiale, voire à l'interrompre tout à fait.

Discussion

Le taux d'abandon (20 %) est identique à celui des ateliers alimentation. Il est proche, quoique plus élevé, de celui que présente D. ADAM pour des programmes de gestion du stress du même type mis en place au Canada (ADAM -1) : 15 % . 10 personnes ont abandonné pour des raisons extérieures à l'atelier. Pour les 12 autres, on peut faire l'hypothèse que l'atelier ne convenait pas. Elles n'ont pas pu s'intégrer. Peut-être se sont-elles senties trop différentes ? Par le type de problème qu'elles rencontrent, par la gravité ou la non gravité de leur état. Par ailleurs, le fait de participer à un groupe provoque toujours une certaine inquiétude. Certaines personnes ont plus de difficultés que d'autres pour dépasser ce type de frustration et parvenir à établir des liens d'identification suffisamment solides. Très rapidement, des courants affectifs vont traverser le groupe qui vont le souder ou, au contraire, le dissocier. C'est sans doute l'un des aspects les plus délicats de ce genre de prise en charge.

Pour 75% des personnes qui suivent l'atelier jusqu'au bout, le bilan est positif. Le Derogatis s'améliore de façon importante, elles vont mieux. La confiance en soi augmente. Les troubles du sommeil, les traits dépressifs et l'anxiété diminuent. Les femmes se disent plus calmes, plus sûres d'elles, plus patientes. Elles ont plus de recul vis à vis de leurs problèmes, expriment plus souvent leurs opinions et savent aussi mieux tenir compte du point de vue des autres. Quand elles émettent des réserves vis à vis de l'atelier, c'est pour dire qu'il est trop court ou que, dans certains cas (manque de temps, possibilités financières réduites), on n'a pas la possibilité d'en appliquer tous les principes, même si on y adhère. Les personnes insistent souvent sur la qualité du contact qu'elles ont eu avec les autres participantes.

Les autres (25%), ont assisté à la totalité du travail, sans pour autant trouver de réponse à leurs problèmes. Pour les 10 qui aggravent peu leur score, il faut souligner combien un simple travail de réflexion sur différents domaines de leur vie peut amener à la conscience des conflits, des peurs

Leur niveau socio-économique est «moyen».

Ces personnes ont, dans l'ensemble, une personnalité de type névrotique caractérisée par une symptomatologie marquée. La dépression, les pensées obsédantes, l'anxiété, vont de pair avec des problèmes physiques, des troubles alimentaires et de l'endormissement.

Derrière le mot «stress», elles mettent des significations très variables (nervosité, hypertension, dépression, ...) Elles ont pour la plupart accumulé de nombreuses difficultés (divorce, veuvage, maladies,...) Leur détresse vient d'un grand manque de soutien social et familial. Leurs relations sont à sens unique : elles donnent beaucoup et leurs exigences à elles ne trouvent pas de réponse.

Dans l'atelier, elles cherchent des solutions, des trucs, des idées pour mieux faire face, pour s'en sortir. La demande vis à vis du travail corporel est importante, souvent ambivalente : «Je veux parvenir à me relaxer, j'ai peur de ne pas y parvenir.»

L'item 15 du questionnaire concerne les idées suicidaires. 36 % répondent positivement à la question «Je pense en finir avec la vie». 23 personnes disent «oui» un peu, 8 moyennement, 6 beaucoup et 2 extrêmement.

Résultats

Sur les 109 personnes inscrites 87 poursuivent l'atelier jusqu'au bout (80%). 10 personnes arrêtent en cours d'atelier pour des raisons extérieures telles qu'un changement d'horaire, un nouvel emploi, un départ en vacances, un surcroît de charge familiale, ... 12 autres arrêtent pour des raisons inconnues.

On trouvera dans le tableau II l'évolution de l'échelle de Derogatis pour les 87 personnes qui participent à l'ensemble des 12 séances.

Globalement, la factorisation montre un adoucissement général de la symptomatologie. Les symptômes qui évoluent le plus favorablement sont des symptômes fréquents dans notre population : la dépression, l'anxiété, la somatisation.

Tableau II : Evolution du Derogatis - 87 participants

| | Début | Fin | Différence* |
|----------------------|-------|------|-------------|
| Moyenne du Derogatis | 112 | 87 | - 25 |
| Dépression | 1.62 | 1.23 | - 0.39 |
| Obsession/compulsion | 1.40 | 1.30 | - 0.10 |
| Anxiété | 1.40 | 1.00 | - 0.40 |
| Faible estime de soi | 1.33 | 1.11 | - 0.22 |
| Somatisation 1 | 1.33 | 0.92 | - 0.41 |
| Items Additionnels | 1.29 | 1.00 | - 0.29 |
| Traits paranoïaques | 1.16 | 1.00 | - 0.16 |
| Hostilité | 1.16 | 0.83 | - 0.33 |
| Traits phobiques | 0.71 | 0.57 | - 0.14 |
| Traits psychotiques | 0.70 | 0.60 | - 0.10 |

* La différence montre le gain absolu pour chaque facteur.

A l'analyse plus précise des résultats, on constate la division de la population en 2 groupes bien distincts :
- D'une part 64 personnes (M. d'âge : 48 ans) dont le Derogatis diminue. Début : 123. Fin : 81.
- D'autre part 22 personnes (M. d'âge : 45 ans) dont le Derogatis, plutôt bas au départ, augmente. Début : 84. Fin : 106. (11 personnes ont un score inférieur à 60)

Une personne garde le même score au début et à la fin.

Le tableau III montre, pour chaque facteur, l'évolution des 2 groupes. On voit que l'amélioration, quand amélioration il y a - c'est le cas pour 74 % des participantes - est importante, bien plus nette qu'il n'apparaît globalement.

Tableau III : Evolution du Derogatis en fonction du changement.(Score au début/évolution)

| | Amélioration | Aggravation |
|----------------------|--------------|-------------|
| Nombre de personnes | 64 | 22 |
| Moyenne du Derogatis | 123 - 42 pts | 84 + 22 pts |
| Dépression | 1.77 - 0.62 | 1.31 + 0.30 |
| Obsession/compulsion | 1.60 - 0.40 | 1.10 + 0.40 |
| Anxiété | 1.60 - 0.70 | 1.00 + 0.20 |
| Faible estime de soi | 1.44 - 0.33 | 1.00 + 0.33 |
| Items additionnels | 1.43 - 0.57 | 0.86 + 0.14 |
| Somatisation | 1.42 - 0.59 | 0.92 + 0.16 |
| Hostilité | 1.33 - 0.50 | 0.83 + 0.17 |
| Traits paranoïaques | 1.33 - 0.33 | 0.66 + 0.51 |
| Traits psychotiques | 0.80 - 0.30 | 0.40 + 0.30 |
| Traits phobiques | 0.71 - 0.28 | 0.57 + 0.29 |

Tableau II Résultats en fonction de l'indice de Quetelet

| IQ. | /-/25 | 25-29.9 | 30 + | Total |
|---|-------|---------|------|-------|
| Nombre | 9 | 13 | 27 | 49 |
| poids stabilisé | 3 | 2 | 1 | 6 |
| ont perdu du poids | 4 | 11 | 24 | 39 |
| moyenne perte de poids pour celles qui en ont perdu | 1,7 | 4,1 | 4 | 3,6 |
| font plus d'activité physique | 6 | 11 | 21 | 38 |
| Indice de satisfaction | 7,4 | 8,2 | 8,7 | 8,3 |

45 participantes sur 49, soit 92 % se sont stabilisées ou ont perdu du poids. La moyenne de perte de poids pour celles-ci est de 3,6 kilos. Il n'y a pas de différence significative en fonction du respect d'un plus ou moins grand nombre de consignes ou du fait qu'elles font peu ou beaucoup plus d'activité physique. Il n'y a pas non plus de différence significative de perte de poids en fonction du bilan de l'anamnèse diététique. Entre le début et la fin de l'atelier, celui-ci montre une diminution moyenne de prise calorique de 200 kcal. (1746 -1539) et une diminution dans la prise des graisses de 4 % (38 - 34 %). Il y a peu de différence suivant l'indice de Quetelet. La diminution calorique porte essentiellement sur les grignotages et les graisses.

En ce qui concerne le stress, le score moyen pour les 36 femmes qui ont rempli l'échelle en début et fin d'atelier, est de 46 à la deuxième séance et de 40 à la douzième séance.

Les changements les plus importants librement notés par les participantes sont le changement de mode de vie ou d'habitudes alimentaires (17 sur 49), le fait d'être mieux dans sa peau, transformée, rajeunie, moins déprimée, moins stressée (13 sur 49). Les changements de comportement alimentaire sont souvent intégrés par la famille (11 x sur 49). Peu de changements négatifs sont signalés.

Discussion

Le taux d'abandon (20 %) est identique à celui cité habituellement dans les évaluations de méthodes de traitement comportemental de l'obésité, qui, par ailleurs, obtiennent les taux d'abandon les plus faibles parmi toutes les méthodes d'amaigrissement (RUSSELL-10 BROWNELL and al-2 APFELDORFER-1). STUNKARD (9)

cite même un taux d'abandon de 80 % avec les traitements médicaux traditionnels Comme les personnes les plus grosses ont quitté l'atelier assez rapidement et d'après ce que l'on sait par ailleurs de leur problème, on peut considérer que la méthode ne convient guère aux personnes souffrant d'obésité morbide (Quetelet supérieur à 40). Pour celles-ci, dont la plupart ont suivi de nombreux régimes sans résultat, on peut se demander si la dernière solution ne réside pas dans un régime accompagné très sévère ou même la chirurgie si le risque santé est évident (KRAL-6 - GAZET and al-5). A moins que l'obésité ne soit un «symptôme» significatif et ne corresponde à un mécanisme de défense individuel ou à une résistance de l'entourage. Dans ce cas cela doit être principalement pris en compte (REYNAERT-8).

Parmi les 49 femmes qui ont terminé l'atelier, 6 ont stabilisé leur poids. On peut estimer que pour certaines c'est un bénéfice non négligeable dans la mesure où arrêter une courbe ascendante régulière est déjà un succès.

2 femmes de poids «normal» et 2 femmes obèses ont grossi. Les raisons sont peu claires : suppression du régime restrictif - problèmes médicaux - âge avancé - obésité de longue date. Ce sont les facteurs négatifs classiquement avancés (RUSSELL-10).

La moyenne de poids perdu pour les 35 femmes trop grosses (Quetelet supérieur à 25) et qui ont perdu du poids est de 4 kilos, soit 1 kilo par mois. Cette perte est classique aussi dans le cadre des méthodes comportementales (LEVY-7). On ne peut l'attribuer à aucun facteur en particulier : diminution calorique - respect des consignes de comportement alimentaire, plus d'activité physique. Et on a un peu l'impression que chaque femme qui maigrit le fait en fonction de ce qu'elle a trouvé dans l'atelier et qui lui manquait. Toutefois, il apparaît que le rôle de l'animatrice est essentiel, que la relaxation et la prise en compte des problèmes psychologiques sont fortement appréciées. Il est enfin important de noter que la perte calorique constatée par l'anamnèse diététique en début et fin d'atelier porte essentiellement sur les grignotages et les graisses et que 77 % des femmes ayant terminé l'atelier font plus d'activité physique. Celui-ci est, de façon absolue, un élément favorable à l'amaigrissement. Contrairement aux idées reçues, même modéré, il diminue l'appétit. En outre, il améliore l'image du corps, diminue l'anxiété et la dépression (APFELDORFER-1).

Quoique nous ne l'ayons pas encore évalué, il est probable que pour la plupart le poids perdu ne sera pas récupéré (BULLETTIN THERAPEUTIQUE-3-BROWNELL and al-2 - CATERSON-4).

Dans une évaluation à long terme, Kramer and col., cités par BROWNELL et KRAMER(2), trouvent que près de 30 % des femmes sont au niveau ou même en-dessous de leur

pois post-traitement 4 ans après la fin de celui-ci. L'intérêt essentiel de ce type de méthode est en effet qu'il joue exclusivement sur le comportement et n'interfère nullement avec le contenu alimentaire, raison d'échec des régimes restrictifs. De plus, le travail est simple, marquant et peut être refait à la demande.

Les changements d'attitude et en ce qui concerne l'estime de soi sont importants. Le stress diminue. Les femmes se sentent rajeunies, mieux dans leur peau, moins gonflées, transformées. Le degré de satisfaction est élevé. Ces constats sont classiques aussi dans la mesure où leurs promoteurs insistent sur le fait que les méthodes comportementales ont des bénéfices essentiels autres que l'amaigrissement mais variables suivant ce que l'on y met. Habituellement on note une diminution des symptômes dépressifs, un mieux-être général, une augmentation de l'estime de soi (RUSSELL-10-CATERSON-4).

Conclusion

Il est clairement accepté actuellement que le meilleur traitement de l'obésité est celui qui amène une diminution calorique, des modifications dans le comportement alimentaire et d'activité physique (CATERSON-4-BULLETIN THERAPEUTIQUE-3). Il apparaît dans cette évaluation que la combinaison d'un atelier diététique et d'un atelier alimentation dont les objectifs sont la modification du contenu diététique de l'alimentation familiale, la modification du comportement alimentaire et de l'activité physique, du rapport au corps et de l'image de soi pour la personne obèse, s'inscrivent totalement dans la ligne actuelle. Les résultats sont encourageants.

Références

1. G. APFELDORFER. L'obésité. in Cliniques de thérapie comportementale. Ed. Mardaga - 1984 - 455 p.
2. K. D. BROWNELL - M. KRAMER. Behavioral Management of obesity. The medical clinics of North America - 1989 - 73 - 1 - 185 - 201.
3. Bulletin thérapeutique. Comment traiter l'obésité avec succès. 1989 - 6 - 37 - 40.
4. I.D. CATERSON. Management strategies for weight control - Eating - Exercice - Behaviour - Drugs - 1990 - suppl. 3 - 20 - 32.
5. J. C. GAZET - T.R.E PILKINGTON - Surgery of morbid obesity. BMJ 1987 - 295 - 72.
6. J. G. KRAL. Surgical treatment of obesity. The medical clinics of North America - 1989 - 73 - 1 - 251 - 264.
7. S. LEVY et coll. Self help group. Behavioral treatment for obesity. An evaluation of weight control Workshops. The Med. J. of Australia 1986 - 145 - 436 - 438.
8. C. REYNAERT. Approche psychologique du patient obèse. Louvain Medical 1985 - 104 - S11 - S22.
9. A.J. STUNKARD. From explanation to action in psychosomatic medicine the case of obesity. Psychosom. Med. 1975 - 37 - 195 - 236.
10. M. RUSSELL. Behavioral Counseling in medicine. Strategies for modifying at risk behavior. Oxford university press. 1986 - 327 p.

Atelier Gestion du Stress

Objectifs et méthode

Les ateliers de gestion du stress s'adressent aux personnes (hommes ou femmes) nerveuses, anxieuses, déprimées, ou encore à celles qui voudraient trouver un nouvel équilibre, pour pouvoir faire face plus sereinement aux contraintes de leur vie. Les groupes comportent 8 participants. Ils sont animés par des psychologues et se déroulent en 12 séances de 2h réparties sur 4 mois.

La méthode est comportementale : (FONTAINE, COT-TRAUX -3). Elle implique une période d'auto-observation, au cours de laquelle chaque personne établit un diagnostic de ses facteurs de stress. Ensuite, selon le thème abordé à la séance, (stress et corps, sommeil, plaisir, vie familiale, occupations, communication) interviennent des consignes. A travers ses échanges avec les autres, chaque personne choisit un geste, une idée concrète de changement à intégrer dans la vie de tous les jours.

Les avantages de la méthode sont essentiellement :

- la rencontre de personnes qui vivent des difficultés similaires
- l'expression de problèmes en groupe
- la pratique régulière de la relaxation et d'exercices de prise de conscience du corps (3/4 d'heure à chaque séance)
- l'ensemble des modifications comportementales et la restructuration progressive du mode de vie.

L'évaluation porte sur l'état psychosomatique de la personne. Un questionnaire auto-administré (DEROGATIS) est rempli en début et en fin d'atelier par chaque participant. Ce questionnaire comporte 90 items. Il a l'avantage de donner un score global comparable (maximum 360) et des éléments de factorisation concernant la dépression, l'anxiété, l'hostilité, la somatisation, l'obsession, l'estime de soi, les traits phobiques, paranoïaques, et psychotiques. Aux états-Unis, dans une population psychiatrique ambulatoire, le score moyen était de 120 (Derogatis -2). En Belgique francophone, dans une population de 113 femmes de 20 à 70 ans, ne présentant aucun trouble psychologique ou somatique notable, n'ayant pas eu d'événement de vie grave depuis 2 ans, et ne consommant pas de tranquillisant, le score moyen était de 39 (données non publiées). Cette population est considérée ici comme la population «normale» de référence.

La factorisation que prend en compte l'échelle permet d'obtenir pour une personne ou un groupe de personnes un profil détaillé des symptômes. Le score de chaque facteur est obtenu en divisant le score brut moyen de ce facteur par le nombre d'items qu'il comporte.

L'évaluation porte aussi sur le taux de participation, la satisfaction exprimée en fin d'atelier, l'impact de la relaxation, l'évolution de la consommation de tranquillisant, et les événements de vie positifs rapportés en relation avec l'atelier.

La satisfaction est mesurée sur une échelle visuelle analogique de 10 cm : «se situer entre 2 points, soit tout à fait satisfaite, soit pas du tout satisfaite.»

Caractéristiques des participantes

On trouvera dans le tableau I les scores au Derogatis des 109 personnes (2 hommes et 107 femmes) qui ont participé aux 15 ateliers ayant eu lieu entre novembre 88 et juin 90 dans différents centres F.P.S. Ces scores sont mis en rapport avec la factorisation de la population «normale» de référence.

Tableau I : Score du Derogatis - Factorisation

| | Participants(109) | Pop. «normale» (113) |
|-------------------------|-------------------|----------------------|
| Age moyen : | 45 ans | 44 ans |
| Moyenne du Derogatis : | 118 | 39 |
| Dépression : | 1.72 | 0.48 |
| Obsession/compulsion : | 1.54 | 0.53 |
| Anxiété : | 1.52 | 0.37 |
| Somatisation : | 1.33 | 0.46 |
| Items additionnels(*) : | 1.33 | 0.57 |
| Faible estime de soi : | 1.31 | 0.53 |
| Hostilité : | 1.22 | 0.52 |
| Traits paranoïaques : | 1.20 | 0.55 |
| Traits phobiques : | 0.83 | 0.20 |
| Traits psychotiques : | 0.81 | 0.15 |

(*) troubles alimentaires et du sommeil, pensées de mort et culpabilité.

Les participants se regroupent fortement autour de 3 âges particuliers :

- 30 ans (vie active et enfants en bas âge)
- 45 ans (ménopause et ennuis de santé)
- 55 ans (retraite, départ des enfants, restructuration du ménage)