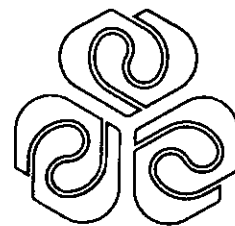


# éducation-santé

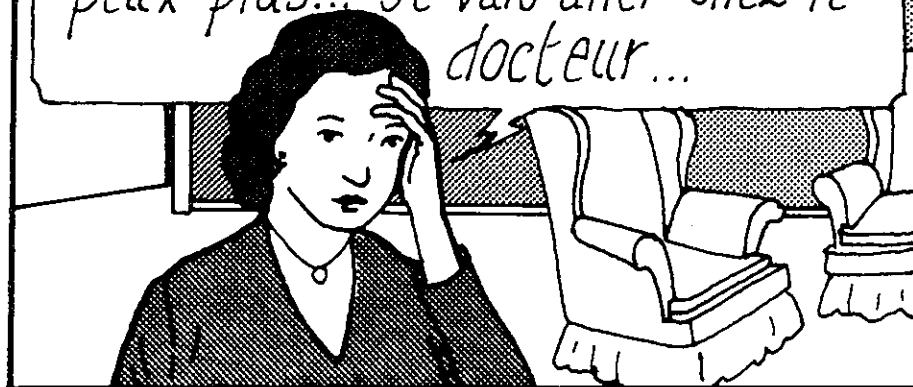
bulletin trimestriel d'infor santé  
centre d'information pour l'éducation à la santé



alliance nationale des mutualités chrétiennes  
rue de la loi 121-1040 bruxelles  
tél. 230.78.90

n°12 mars '82

*Je suis au chômage... On se dispute  
tout le temps à la maison... Je n'en  
dors plus... J'ai la migraine... J'ai  
des crampes d'estomac... Je n'en  
peux plus... Je vais aller chez le  
docteur...*



**DOSSIER**  
**TRANQUILLISANTS p. 23**

# sommaire

	<u>Page</u>
EDITORIAL	3
REFLEXIONS SUR L'EDUCATION A LA SANTE	
Mieux intégrer l'éducation à la santé dans l'action de la mutualité	4
Choix d'un schéma d'évaluation	6
L'Aspirine Junior n'est pas une friandise !	13
Pour une communication-santé efficace	15
INITIATIVES ET REALISATIONS	22
Une revue belge d'éducation du patient	
EN SAVOIR PLUS SUR...	23
Tranquillisants et somnifères	
NOTRE SELECTION DE MATERIEL DIDACTIQUE ET D'INFORMATION	29
Le sommeil	
Le guide alimentaire	
Deux bandes dessinées autour de la naissance	
Sécurité routière en musique	
LU POUR VOUS	32
RENCONTRES	36
Revalida 82	
MOTS CROISES	37
NOUVELLES ACQUISITIONS	38

Du nouveau dans ce numéro d'Éducation-Santé : la rubrique "En savoir plus sur ...", dont l'objectif est de vous fournir des informations concrètes sur certains sujets de santé. Nous commençons dans ce numéro par les tranquillisants, catégorie de médicaments constituant le thème actuel de notre campagne "La santé sans peine".

Pourquoi cette rubrique ?

Il nous a semblé que notre bulletin remplirait mieux son rôle s'il ne se contentait pas d'expliquer des aspects théoriques de l'éducation à la santé et de parler de réalisations pratiques. Nombre de nos lecteurs ne sont pas spécialisés dans le domaine médical au sens strict, et peuvent par conséquent être intéressés par des informations sur divers sujets de santé.

Au lecteur de juger la pertinence de cette nouvelle rubrique.

D'autre part, la plupart d'entre vous recevront avec ce numéro un questionnaire d'évaluation. Vos réponses devraient nous aider à améliorer notre bulletin à l'avenir. En vous remerciant d'avance pour votre collaboration, l'équipe d'Éducation-Santé vous souhaite bonne lecture.

---

# réflexions sur l'éducation à la santé

## MIEUX INTEGRER L'EDUCATION A LA SANTE DANS L'ACTION DE LA MUTUALITE

Il est devenu assez banal de donner comme premier objectif à l'éducation à la santé, de rendre chacun davantage responsable de sa santé. Tout le monde est d'accord là-dessus, mais pourtant cela donne lieu à des façons d'agir très différentes.

Il est donc utile de préciser ce qu'on entend par "responsable de sa santé". Tout d'abord, la responsabilité suppose la liberté. C'est pourquoi nous refusons d'utiliser en éducation pour la santé les méthodes de conditionnement publicitaire (1). Nous préférons utiliser les méthodes de l'information et de l'éducation permanente qui visent à donner à chacun les moyens de choisir. Ainsi, par exemple, dans notre action sur les antidouleurs, plutôt que de dire : "Ne prenez pas d'antidouleurs contenant de la phénacétine", nous avons préféré utiliser une démarche pédagogique qui apprend aux gens à lire la notice de leur antidouleur. Libre à eux, par la suite, de le consommer en connaissance de cause.

Ensuite, "responsable de sa santé" ne veut pas dire coupable de sa mauvaise santé éventuelle, ou même coupable de ses comportements facteurs de risque. La responsabilité de sa santé n'est pas seulement un souci individuel, mais une tâche collective. En effet, l'état de santé et les comportements capables de l'influencer ne résultent pas seulement de choix personnels, mais de multiples facteurs matériels et sociologiques (conditions de travail, éducation, pression sociale, etc.). L'obésité, par exemple, peut être influencée par des choix individuels dans le domaine de l'activité physique et du régime alimentaire, mais elle dépend largement aussi de facteurs socio-économiques tels que les tra-

ditions familiales, la publicité, etc.

Il est donc tout à fait injuste de culpabiliser des gens qui sont souvent victimes aussi bien que coupables.

D'ailleurs, d'un point de vue tactique, la culpabilisation risque d'entraîner des blocages.

Au contraire, une personne consciente de la dimension collective de son problème sera mieux à même de participer à la recherche des meilleures solutions.

---

(1) Nous parlons ici de l'éducation des adultes. On ne peut rejeter l'utilisation de méthodes de ce type pour susciter chez les enfants certains automatismes indispensables.

---

Enfin, prétendre rendre chacun responsable de sa santé nous paraît tout à fait illusoire si on accepte la fameuse définition de la santé de l'OMS : "un état de complet bien-être physique, mental et social". Si cette définition a le mérite de souligner la dimension sociale de la santé que nous évoquions ci-dessus, elle n'est malheureusement guère opérationnelle, car elle dissout la notion de santé dans celle de bonheur et fait de la santé un idéal inaccessible, un paradis terrestre ou un grand soir. L'éducation à la santé devient ainsi une nouvelle religion à laquelle rien ne peut rester étranger.

#### Le champ d'action des Mutualités Chrétiennes.

---

Cette éducation au sens large dépasse largement le domaine d'action des mutualités. Leur vocation nous semble plutôt limitée à la santé au sens quotidien du mot, comme lorsqu'on dit "comment va la santé ?", c'est-à-dire le bon ou le mauvais fonctionnement du corps et de l'esprit.

Au-delà des discours théoriques, tous ceux qui prétendent faire de l'éducation à la santé limitent d'ailleurs leur action à la santé ainsi définie, sinon il faudrait dire que les militants pacifistes ou syndicalistes font aussi de l'éducation à la santé, dans la mesure où ils essaient de promouvoir "un état de complet bien-être social".

Il nous semble d'ailleurs utile que la mutualité trouve une relative spécialisation dans le domaine encore bien vaste de la santé ainsi définie. En effet, divers organismes spécialisés sont nés ces dernières années dans la communauté française de Belgique : un dans le domaine du tabac, un autre dans le domaine de l'alcool et des drogues, un troisième dans le domaine de l'alimentation, un autre encore dans celui des accidents à domicile et de l'éducation sexuelle et affective.

Nous constatons qu'une place importante reste vacante : celle de l'utilisation des services de santé (médecins, paramédicaux, hôpitaux, médicaments, etc.).

N'est-ce pas là un créneau qui complète idéalement une des premières missions de la mutualité, celle de couvrir l'utilisation de ces services ? En tout cas les actions menées dans ce domaine sont toujours les mieux accueillies dans les fédérations des Mutualités Chrétiennes. Il convient cependant de souligner une différence importante entre l'action d'éducation à la santé des Mutualités Chrétiennes et celle des divers organismes cités ci-dessus. Ceux-ci sont des organismes techniques qui ne disposent pas de liaison directe avec le public. La mutualité par contre dispose de divers relais permettant le contact avec ses membres : réseau de permanences, journal mutuelliste, services sociaux, service jeunesse, mouvements de pensionnés, de handicapés, institutions de soins, centres de santé. Se spécialisant dans un domaine particulier, la mutualité devra en même temps servir de relais entre ses membres et les autres organismes spécialisés.

#### Comment structurer l'éducation à la santé dans les Mutualités Chrétiennes ?

---

En évoquant les relais dont dispose la mutualité, on a, par le fait même, choisi implicitement de faire passer l'éducation à la santé par des structures déjà existantes, plutôt que de créer dans chaque fédération une nouvelle structure, un service spécial responsable de l'éducation à la santé.

---

D'autre part, le lecteur aura sans doute remarqué combien notre "philosophie" est proche de celle des organisations de défense de consommateurs. L'image de l'éducation à la santé dans nos fédérations, ne devrait-elle pas être finalement celle d'une sorte d'INFOR SANTE (sur le modèle des infor-jeunes, infor-drogues, infor-femmes existants). Il serait chargé de diffuser dans les services de la mutualité et parmi les membres les informations provenant des divers organismes spécialisés, et en priorité les informations concernant l'utilisation des services de santé.

Cet INFOR SANTE recueillerait d'autre part les demandes de renseignements du public et les orienterait vers les services concernés, à l'intérieur ou à l'extérieur de la mutualité.

Il ne s'agirait pas réellement de créer une fonction nouvelle, mais d'organiser une meilleure coordination de fonctions déjà existantes. Cet INFOR SANTE devrait de toute façon regrouper, au sein d'un même service la responsabilité de

la presse, des relations publiques, de l'éducation à la santé et de l'animation locale. Il devrait avoir des relations privilégiées avec les divers services, particulièrement les services spécialisés dans l'aide sociale et juridique (service social, service pensions ...) et les services jeunesse, mouvements ...

Bien entendu, la structure ici esquissée, de même que la "philosophie" et le champ d'action proposés constituent une base de réflexion et de discussion, bien plus qu'un modèle à appliquer partout.

L'éducation à la santé n'est pas une science avec ses lois intangibles, mais un art, avec ses règles certes, mais qui laissent à chacun une large marge d'interprétation. ■

## CHOIX D'UN SCHEMA D'EVALUATION

Qu'est-ce qu'un schéma d'évaluation ?  
-----

Un schéma d'évaluation est essentiellement un plan déterminant qui sera mesuré (observé, ou testé) et quand : les groupes à observer et les moments de l'observation.

Les groupes.  
-----

On appelle ici groupe, un ensemble de personnes qui reçoivent un même programme éducatif.

Le groupe expérimental est constitué par les personnes qui reçoivent le programme expérimental (celui qu'on veut évaluer) ; en abrégé, on l'appellera le groupe E.

Si on ne mesure que le groupe E, l'interprétation des résultats est souvent peu convaincante. Sans groupe de comparaison, il est difficile de savoir si les résultats peuvent être réellement et totalement attribués au programme. On l'appellera le groupe C.

---

Le groupe de comparaison, ou groupe-contrôle, est un groupe de personnes aussi semblables que possible à celles du groupe E, et qui sont observées en même temps que le groupe E, mais ne reçoivent pas le programme expérimental.

Il est évidemment impossible de constituer deux groupes absolument identiques au point de vue sexe, âge, niveau culturel, mémoire, etc.

Un vrai groupe contrôle est constitué au hasard. C'est lui qui donne les résultats les plus sûrs, car ceux-ci risquent le moins d'être attribuables à autre chose qu'au programme éducatif.

Supposons par exemple qu'une évaluation attribue au groupe E des résultats supérieurs en moyenne à ceux du groupe C.

On peut attaquer les résultats en disant :

"Ceux du groupe C proviennent d'un public d'un niveau culturel moins élevé" ;

"Le groupe C était plus faible au départ ; c'est normal qu'il reste plus faible à la fin".

La meilleure façon d'éliminer de telles explications est la constitution aléatoire (c'est-à-dire au hasard) (1) des groupes E et C.

Mais la constitution de vrais groupes de comparaison n'est pas toujours possible. On se contentera alors d'un groupe contrôle non équivalent (non aléatoire).

Il s'agit d'un groupe que l'on choisit pour sa similarité avec le groupe expérimental.

Quel programme le groupe-contrôle doit-il recevoir ?  
-----

Il est parfois possible que le groupe C ne suive aucun programme et ait simplement à passer les tests. Dans certains cas cependant (dans une école par exemple) il est nécessaire de donner une activité au groupe C pendant que le groupe E suit le programme à évaluer.

La meilleure solution est celle qui donne le plus d'informations pour l'action future. On fait une évaluation pour choisir entre le programme X et autre chose. Idéalement, c'est cette autre chose (qui peut être l'absence de programme ou un programme concurrent) que le groupe C recevra.

Exemple :

Un comité est chargé de sélectionner un matériel didactique d'éducation sexuelle. Certains membres du comité trouvent qu'un des matériels proposés, quoique bon, est trop explicite et risque de provoquer des réactions négatives de la part des parents. D'autres membres du comité trouvent que ce matériel explicite est le

-----

(1) Aléatoire signifie bien "au hasard". Nous préférons conserver ici le terme technique, car il ne s'agit pas d'un hasard quelconque mais d'une technique statistique précise qui garantit une répartition équivalente.

---

meilleur et ne risque pas de soulever d'objections ; ils trouvent les autres matériels trop évasifs. Dans ce cas on essaiera les deux matériels. Des classes tirées au sort recevront soit le matériel explicite, soit le matériel évasif. A la fin de l'essai, des questionnaires seront envoyés aux parents et distribués aux étudiants. Cela permettra d'évaluer les deux programmes et de faire un choix bien éclairé.

Une autre solution : si on ne dispose pas d'un programme vraiment compétitif pour le groupe C, on peut se contenter d'un programme qui poursuit des objectifs semblables à ceux du programme X. Cela peut être l'ancien programme que l'on veut abandonner.

Une solution plus faible, quoiqu'enon négligeable, est de comparer le groupe E, qui reçoit le programme à tester, avec un groupe C qui ne reçoit aucun programme.

#### Exemple :

Pour évaluer un programme d'éducation dans un centre de dépistage du cancer, on applique les mêmes tests dans un autre centre de dépistage où aucun moyen éducatif n'est mis en oeuvre. L'évaluation doit permettre de vérifier si les résultats sont suffisamment importants pour justifier la poursuite ou l'extension de l'effort éducatif.

Quand faut-il procéder aux mesures ?  
-----

Les tests donnés avant le départ d'un programme ou d'une expérience sont appelés pré-tests, tandis que ceux donnés à la fin sont appelés post-tests. Des tests peuvent bien sûr aussi se faire en cours de programme. C'est dans le post-test que les résultats devraient apparaître : le post-test est la variable dépendante.

On peut utiliser un pré-test pour diverses raisons :

- Pour sélectionner les participants à un programme ;
- Pour confirmer des hypothèses faites en prévoyant un programme ;
- Pour assurer la comparabilité des groupes : un pré-test est essentiel en cas de groupe-contrôle non équivalent (non aléatoire), ou de groupe équivalent de moins de 15 personnes ;
- Pour fournir une base pour calculer les gains faits pendant un programme ;
- Pour obtenir un test plus sensible : l'utilisation d'un pré-test très ressemblant au post-test donne le plus d'informations sur l'efficacité d'un programme.

Il n'y a pas besoin de pré-test lorsque :

- vous travaillez avec un vrai groupe contrôle de plus de 15 personnes ;
- le pré-test risque d'influencer les participants : ce risque existe surtout dans le domaine des attitudes.

#### Exemple :

Le fait même de demander aux participants "aimez-vous le sport ?" risque de les bloquer dans leur attitude actuelle, alors que c'est cette attitude même que le programme vise à modifier.



Le choix d'un schéma.

Les divers schémas d'évaluation sont constitués par la combinaison des choix possibles des groupes à mesurer, d'une part, et du calendrier des mesures d'autre part.

Il y a trois choix possibles en ce qui concerne les groupes :

- groupe expérimental uniquement ;
- groupe expérimental et vrai groupe-contrôle ;
- groupe expérimental et groupe-contrôle non équivalent.

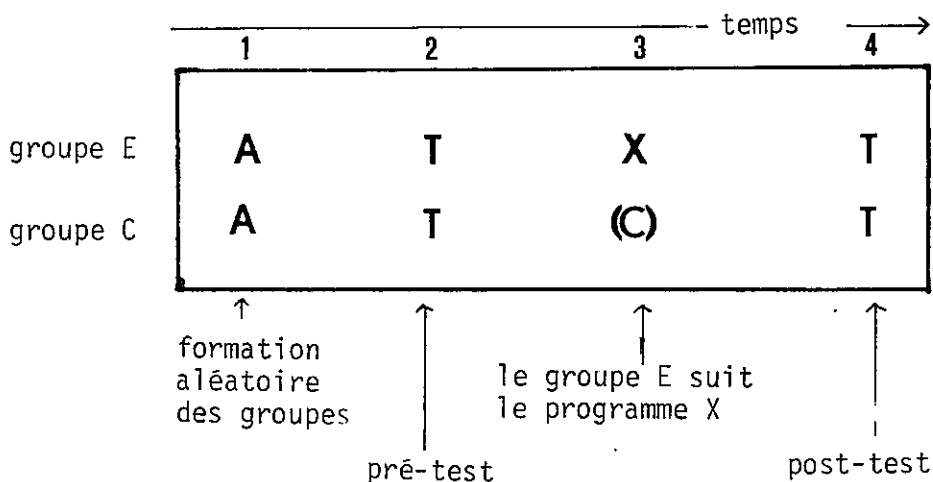
Et il y a deux choix possibles en ce qui concerne le calendrier :

- pré-test et post-test ;
- post-test uniquement.

La combinaison de ces choix offre les possibilités suivantes :

QUI EST MESURE ? QUAND MESURE-T-ON ?	Groupe expérimental et groupe-contrôle		groupe expérimental uniquement
	Vrai groupe-contrôle	groupe-contrôle non équivalent	
pré-test et post-test	schéma 1	schéma 3	schéma 5
post-test seulement	schéma 2	schéma 4	schéma 6

Schéma 1 : vrai groupe-contrôle, pré-test et post-test.

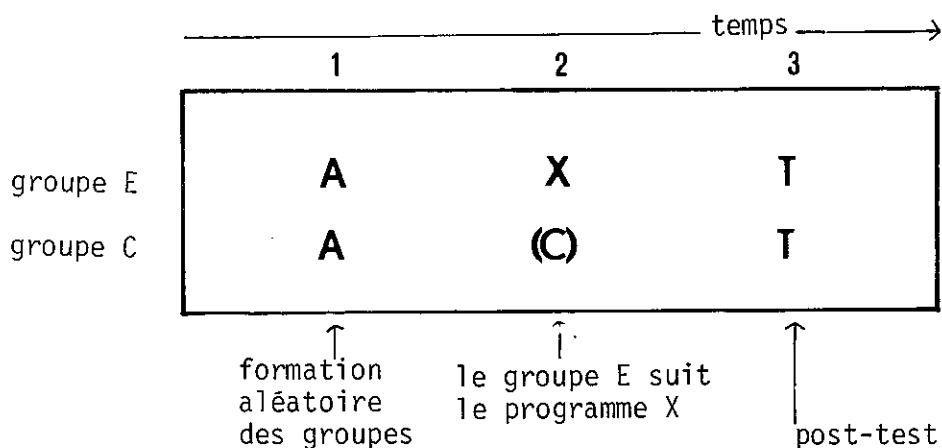


Ce schéma est le modèle expérimental type. C'est le plus sûr, mais aussi le plus difficile à réaliser. On l'utilisera principalement pour expérimenter sur des groupes réduits des programmes très vastes et très coûteux, par exemple, pour expérimenter un programme dans quelques écoles avant de l'appliquer à l'ensemble d'une région.

Les participants à ce programme sont répartis au hasard en deux groupes. Un groupe recevra le programme X et l'autre non. Le groupe qui ne reçoit pas le programme X peut ne suivre aucun programme ou bien suivre un programme alternatif (programme C).

Les résultats du pré-test peuvent servir à vérifier si les deux groupes étaient plus ou moins équivalents au départ. Si, à la fin du programme, la moyenne des résultats du post-test pour le groupe E est supérieure de façon significative à celle du groupe C, la différence peut être attribuée à l'efficacité du programme X.

Schéma 2 : vrai groupe-contrôle, post-test seulement.

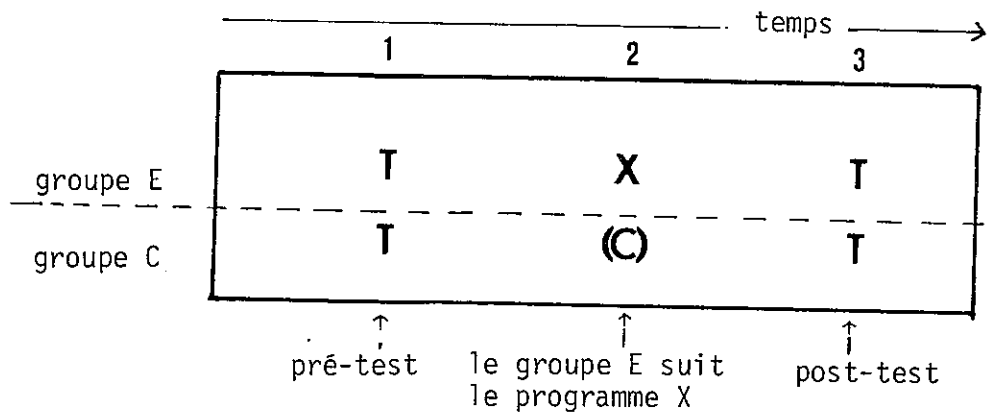


C'est également un très bon schéma expérimental. Il est identique au schéma 1, sauf qu'on n'effectue pas de pré-test. On l'utilise lorsque le pré-test risque d'influencer les résultats du programme, ou lorsqu'un pré-test prendrait trop de temps.

Ce schéma permet d'atteindre la fin du programme avant de décider exactement du contenu du post-test.

Ce schéma peut s'utiliser conjointement au premier. On peut ainsi utiliser pré-test et post-test pour les connaissances, et utiliser un post-test seulement pour les attitudes.

Schéma 3 : groupe-contrôle non équivalent, pré-test et post-test.

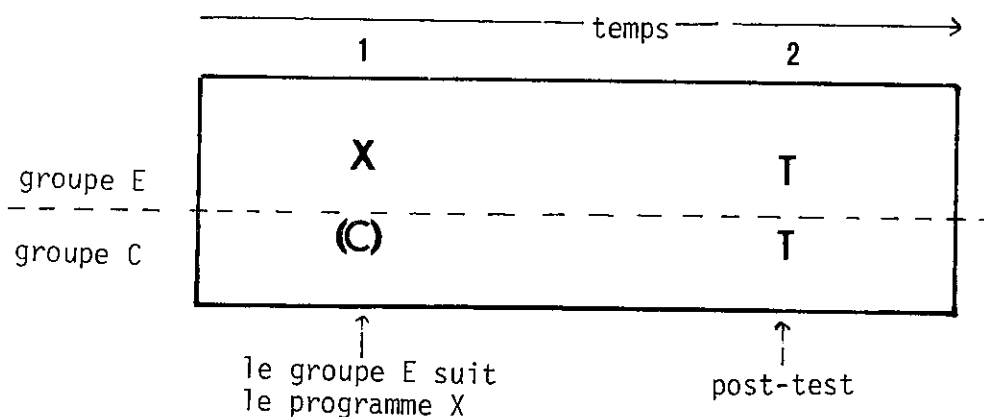


Ce schéma sera souvent plus facile à utiliser dans la pratique de l'éducation à la santé. Il est semblable au schéma 1, sauf que le groupe C n'est pas constitué de façon aléatoire (cette non-équivalence est soulignée dans le graphique par un pointillé). Le résultat du pré-test permet de contrôler la similarité des deux groupes, du moins en ce qui concerne le domaine abordé.

Ce schéma s'utilise lorsqu'il n'est possible de travailler qu'avec des groupes déjà constitués.

Mais si on dispose d'un nombre de groupes suffisant (beaucoup de classes, par exemple, dans le cas d'un programme scolaire), on peut les répartir de façon aléatoire en groupes expérimentaux et groupes-contrôles, retombant ainsi au schéma 1, qui offre davantage de sécurité.

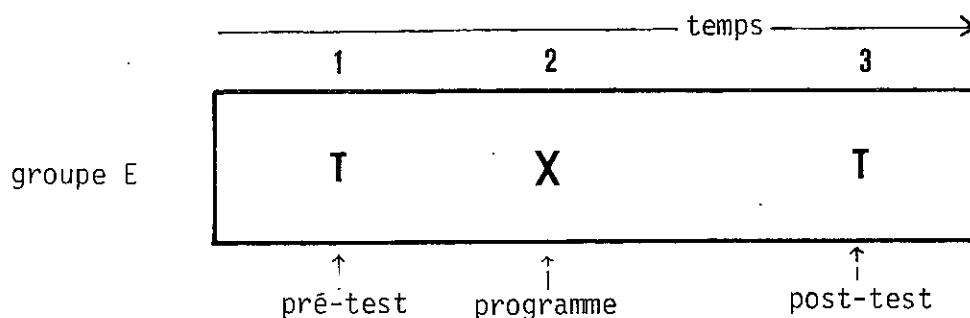
Schéma 4 : groupe-contrôle non équivalent, post-test seulement.



Ce schéma n'est pas à conseiller. On ne l'utilisera que dans le cas où on n'envisage l'évaluation que lorsque le programme est déjà commencé. Il ne présente pas suffisamment de garanties pour être utilisé dans un rapport comme preuve scientifique de l'efficacité d'un programme. Il peut cependant fournir certaines informations dans la mesure où il est possible de contrôler a posteriori l'équivalence des groupes (niveau d'études, âge, sexe, catégorie socio-professionnelle, ...).

Schéma 5 : pré-test + post-test, sans groupe-contrôle.

---



Si l'évaluation vise uniquement à vérifier si les objectifs sont atteints, ce schéma peut être utile.

Mais il ne permet pas de vérifier si les résultats peuvent réellement être attribués au programme, puisqu'on ignore quels auraient été les résultats en l'absence de tout programme, ou avec un autre programme. Comme le précédent, il peut donc aider les promoteurs d'un programme, mais ne peut suffire pour servir de base à un rapport scientifique.

Schéma 6 : post-test seulement, sans groupe-contrôle.

---

Ce schéma est absolument à déconseiller. Il cumule en effet les défauts des schémas 4 et 5 : absence de pré-test et absence de groupe-contrôle.

Finalement, quel schéma choisir ?

---

Les 6 schémas possibles ont été présentés ici dans l'ordre de leur valeur décroissante. D'un point de vue purement scientifique, seuls les deux premiers offrent un maximum de sécurité. Mais pratiquement, en dehors des laboratoires universitaires, il sera souvent difficile de les utiliser en éducation sanitaire ; ils seront donc réservés à l'expérimentation des programmes importants et coûteux.

Le schéma 6 est à exclure. Les 4 et 5 peuvent apporter quelque chose, mais ne présentent pas de garantie suffisante.

Finalement, dans la pratique de l'éducation à la santé, le schéma 3 (groupe-contrôle non aléatoire, pré-test + post-test), s'avérera sans doute le plus utilisable, offrant des garanties suffisantes sans exiger des raffinements techniques excessifs.

Sur combien de personnes doit porter l'évaluation ?

---

Dans le cas de programmes éducatifs à large audience, on sait qu'il serait inutilement coûteux de faire porter l'évaluation sur l'ensemble du public concerné.

Mais on ignore généralement quelle doit être la dimension de l'échantillon.

Le tableau ci-dessous donne une idée de la dimension de l'échantillon par rapport à celle de la population.

Taille minimale d'un échantillon (S) par rapport à une population donnée (N)	
N	S
10	10
25	24
50	44
100	80
200	133
250	152
500	217
1.000	278
5.000	357
10.000	370
100.000	384

N.B.- Il s'agit ici non du nombre de personnes à interroger, mais du nombre de réponses utilisables qu'il faut obtenir. Selon les techniques utilisées, le déchet est plus ou moins important. Par exemple, les questionnaires à renvoyer par la poste ne rentrent souvent qu'à moins de 25 %. Dans ce cas, il faut donc interroger un échantillon quatre fois plus important.

D'après FITZ-GIBBON & MORRIS. How to design a program evaluation. Sage Publications, London, 1978. ■

## L'ASPIRINE JUNIOR N'EST PAS UNE FRIANDISE !

La politique commerciale agressive de la firme Bayer dans le domaine des antidouleurs ne se dément décidément pas.

Après la "double action" contestable de l'Aspirine-C, évoquée dans Education-Santé n° 11, voici une publicité d'entretien pour Aspirine Junior. Comme l'indique son nom et la délicieuse tête blonde reproduite sur la boîte, il s'agit d'une spécialité destinée aux enfants.

Il ne nous appartient pas de juger ici la qualité du produit, que nous ne remettons pas en cause. Ce qui nous dérange, c'est que le comprimé d'acide acétylsalicylique apparaisse comme une sorte de friandise. Les enfants prendront plaisir à l'avaler, et ne seront pas incités à la prudence de rigueur s'agissant d'un produit pharmaceutique. La notice va jusqu'à vanter le "délicieux goût de framboise" d'Aspirine Junior !

La publicité reproduite ci-dessous, parue récemment dans "Le Ligueur", ne nous fera certainement pas changer d'avis.

Illustration de la perversité publicitaire.

-----



L'illustration accroche d'emblée ; elle situe la boîte de médicament dans un décor naturel idyllique. On se croirait dans un des merveilleux dessins animés de Walt Disney : fleurs, lapins, petits oiseaux en train de discuter entre eux les mérites d'Aspirine Junior, écureuil en extase devant le logo Bayer. Tout est mis en oeuvre pour créer une attitude positive à l'égard du produit, chez l'enfant et chez les parents, qui apprécient aussi les gentilles petites bêtes.

L'image n'est pas tout. Le message linguistique est du même tonneau. "Croquez en douceur le petit mal aux dents", nous dit le slogan. Décortiquons-le : "Croquez", comme s'il s'agissait d'une friandise.

"en douceur". Rares sont les médicaments qui agissent en douceur, ou alors c'est qu'ils ont peu d'efficacité.

"le petit mal aux dents". Bien sûr, Aspirine peut calmer un mal aux dents. Mais là n'est pas la solution. Le médicament rend la douleur supportable en attendant une visite d'urgence chez le dentiste. Evidemment, la publicité se garde bien d'aborder cet aspect du message, qui ne profite en rien à Bayer.

Au bas de la publicité, on trouve la formule "Médicament enregistré par le Ministère de la Santé". Cette indication ne donne aucune information intéressante, puisque tous les médicaments vendus en Belgique le sont.

Pourquoi cette formule alors ? Probablement pour faire croire au public que le produit bénéficie d'une sorte de label de qualité. C'est comme les indications "fournisseur de la Cour" ou "vu à la télé" présentes sur les emballages de nombreux produits de consommation courante ; il ne s'agit en aucun cas de preuve de la valeur du produit, mais de phrases destinées à impressionner les naïfs.

Détail piquant pour terminer : un responsable de la firme Bayer nous a assuré que, consciente du goût douteux (pas de framboise ici !) de la campagne Aspirine Junior, la firme avait décidé d'y mettre un terme prématurément. Dont acte. En attendant, le mal est fait ! ■

## POUR UNE COMMUNICATION-SANTE EFFICACE

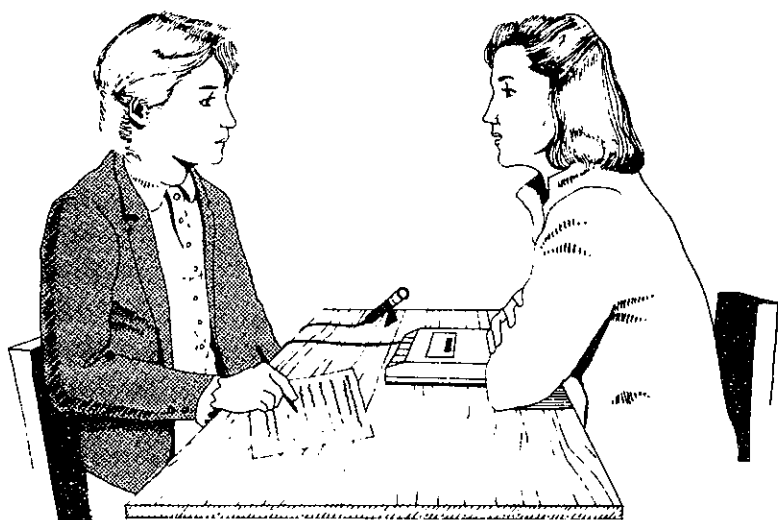
Les messages relatifs à la santé nous parviennent de différentes sources : émissions de télévision et de radio, dépliants, affiches, livres, diapos, films.

Certains messages nous touchent, d'autres nous laissent de marbre. D'autres messages encore passent tout à fait inaperçus. Dès lors une question cruciale se pose au producteur de messages centrés sur la santé et la prévention : comment atteindre le groupe auquel il s'adresse. L'Institut National du Cancer des Etats-Unis vient de publier un document qui aborde ce problème pratique, et qui aide à découvrir les points forts et les points faibles dans la communication en matière de santé (1).

Voici les grandes lignes de ce document, auxquelles nous avons ajouté quelques réflexions personnelles et informations supplémentaires.

Tester les messages avant leur production définitive.

-----



Les messages concernant la santé peuvent poursuivre plusieurs objectifs : informer, favoriser des sentiments positifs, convaincre, modifier des comportements en rapport avec la santé. On peut ainsi convaincre des jeunes de ne pas commencer à fumer, des personnes obèses de faire du sport, des futures jeunes mamans d'allaiter elles-mêmes leurs bébés. Le message étant diffusé, il importe de vérifier si le but recherché est atteint (évaluation).

Nul n'ignore que la possibilité d'atteindre ce but dépend entre autres de la qualité du message. S'il est transmis lors d'un entretien personnel ou d'une dis-

cussion de groupe (p. ex. lors d'une consultation prénatale ou d'un débat à l'école sur le tabagisme), d'éventuels défauts de communication peuvent être immédiatement résolus par des demandes d'explication émanant du groupe. La personne qui parle peut par conséquent adapter son exposé. En d'autres termes, une rétroaction réciproque (ou feedback réciproque) est possible.

-----

(1) Pretesting in Health Communications. Methods, examples and resources for improving health messages and materials. National Cancer Institute, Bethesda, Maryland 20205 NIH Publication n° 81 - 1493 (revised November 1980).

Lorsque le message revêt une forme écrite ou audio-visuelle, la possibilité de rétroaction est moins évidente. Pensons à la communication par affiches, dépliants, articles de journaux, livres, programmes de radio et de TV, films, diapos. Il est alors essentiel que le message soit perçu et compris d'emblée par le groupe-cible.

Le pré-test est une méthode particulière qui ne mesure pas l'effet de la communication mais les points forts et les points faibles du message. Ce dernier est soumis au jugement d'un groupe comparable au véritable groupe-cible. Le contenu et la forme du message sont ensuite fixés définitivement. Cela permet d'adapter et d'améliorer le message avant d'engager les frais de production finale.

Un pré-test peut nous éclairer quant aux qualités et aux défauts d'un message à différents points de vue. Un message doit :

- a) attirer l'attention. La communication-santé par les médias est en concurrence avec des tas d'autres messages que le spectateur, l'auditeur ou le lecteur peut trouver plus intéressants.
- b) être compréhensible. Les idées de base du message doivent être bien saisies.
- c) impliquer le public-cible. Une brochure sur la reprise du travail par des cardiaques doit être reconnue par ce groupe comme s'appliquant à sa situation particulière.
- d) être crédible. Une émission de TV sur les cures d'amaigrissement a tout intérêt à être présentée par quelqu'un de crédible aux yeux du public concerné (personnes obèses).
- e) être sensible aux valeurs ambiantes. Un groupe peut refuser pour des raisons morales une brochure sur l'auto-examen du sein présentant des photos d'une poitrine nue plutôt que des dessins.

Ces 5 points peuvent être facilement mesurés en présentant un brouillon du message à un échantillon du groupe-cible. Son jugement permettra d'adapter le message de santé à la sensibilité du groupe-cible.

Quelles techniques utiliser ?

1. Interviews de groupe.



Cette technique vient particulièrement à point au début du développement du message, pour trouver les idées et symboles qui parlent au groupe-cible. Par exemple, l'argumentation d'une campagne d'affiches anti-tabac peut reposer sur une tête de mort, un symbole sexuel, ou "Superman". Le choix du symbole adéquat est fixé en fonction de l'âge, des connaissances et des conceptions du groupe-cible.

Quel symbole marche le mieux ? On peut le savoir en invitant une dizaine d'individus représentatifs du groupe-cible à une discussion sur le projet d'affiche. Au moyen d'une



série de question centrées sur l'affiche, le responsable du groupe de discussion aura une meilleure idée du type de symbole et de slogan auxquels le groupe est sensible ; il saura s'ils sont compréhensibles ; il pourra noter les alternatives suggérées par le groupe. Ce qui précède est bien entendu applicable à d'autres media que l'affiche.

## 2. Interviews fermées dans des endroits stratégiques.

-----



L'idée est de soumettre l'affiche ou la brochure à plusieurs personnes (de 20 à 50) en les accostant sur la plage, dans la salle d'attente d'une consultation médicale, à l'église, à l'école, etc., et de mesurer la compréhension, l'intérêt, la sensibilité au matériel présenté grâce à de brèves questions.

Cette technique a deux avantages. Primo, elle permet d'obtenir beaucoup d'interviews en peu de temps. Secundo, elle fait connaître l'opinion de groupes difficiles à atteindre. Par exemple, une brochure sur la sécurité des chantiers peut être testée auprès d'ouvriers sur leur

lieu de travail, et un dépliant sur le cancer de la peau sur la plage.

Le caractère public de cette technique la rend moins adéquate pour des sujets délicats. On lui préférera dans ce cas la technique suivante.

## 3. Interviews en profondeur.

-----

Cette technique convient pour des sujets-tabous ou délicats, comme la régulation des naissances, le cancer, les relations sexuelles chez les jeunes, les poux. Une personne appartenant au groupe-cible est interrogée individuellement sur ses sentiments et opinions sur le sujet ainsi que sur sa mise en forme (présentation graphique d'une brochure, langage d'un message radiophonique, etc.).

Cette technique exige beaucoup de temps. Il faut compter une vingtaine d'interviews par sujet, et environ 30 minutes par interview. Elle demande aussi compétence et tact de la part de l'interviewer. L'interview individuelle en profondeur est très précieuse, car elle permet d'éviter le rejet du message, risque non négligeable dans le cas de sujets délicats.

## 4. Questionnaires envoyés par la poste.

-----

Le matériel imprimé, dépliants ou brochures, peut être testé par écrit en envoyant le brouillon du matériel et un questionnaire à une trentaine de personnes.

Cette technique est légère et bon marché, mais a les inconvénients de tous les questionnaires écrits, c'est-à-dire un taux de réponse limité, et l'impossibilité de savoir si le matériel a été évalué sérieusement par les "cobayes".

Il y a pré-test et pré-test ...

Pour éviter toute confusion, signalons qu'il existe une autre sorte de pré-test, qui consiste à opérer une évaluation auprès d'un groupe avant de le soumettre à un message de manière à avoir un élément de comparaison lors de l'évaluation finale (post-test). Pour plus de détails voir l'article "Choix d'un schéma d'évaluation" en page 6.

#### 5. Les tests de lisibilité.

-----

Ce genre de test s'applique à des textes écrits, tels que livre, brochure ou dépliant. Contrairement aux autres tests, celui-ci ne nécessite pas de contact personnel. Le créateur du message peut contrôler lui-même la lisibilité de son texte. Cette caractéristique en rend l'utilisation très aisée. Plusieurs procédures sont possibles. Le plus célèbre des tests de lisibilité est le "langage simple" de Rudolf FLESCHE. Il attribue à un texte deux cotes permettant de le situer à deux points de vue, la facilité de lecture et l'intérêt humain (ou chaleur communicative).

La facilité de lecture se calcule sur un ou plusieurs échantillons de 100 mots selon la formule suivante :

$$L = 206,84 - 0,85 W - 1,02 S \quad \text{où}$$

L est la facilité de lecture ;  
W est le nombre moyen de syllabes par 100 mots ;  
S est la longueur moyenne des phrases en mots.

Plus la cote est élevée, plus un texte a de chances d'être compris par beaucoup de monde.

Ainsi, la cote d'un texte lisible par presque tout le monde (90 % de la population) sera entre 90 et 100. Inversement, celle d'un texte réservé aux seuls universitaires se situera entre 0 et 30.

L'intérêt humain est donné par la formule suivante :

$$I = 3,64 P + 0,31 D \quad \text{où}$$

- I est l'intérêt humain ;  
P est le pourcentage de mots "personnels" sur un ou des échantillons de 100 mots (pronoms personnels, des mots comme "gens", "peuple", ...)  
D est le pourcentage de phrases personnelles, en style direct, adressées au lecteur.

Un ouvrage scientifique se situera entre 0 et 10, et un récit à la première personne obtiendra facilement plus de 60.

Une cote de 20 en facilité de lecture et de 5 en intérêt humain n'est pas nécessairement mauvaise. Tout dépend de l'objectif du message et du public visé. Mais il est certain qu'un message destiné au grand public aura d'autant plus de chances d'être perçu et compris que ses cotes seront élevées.

A titre d'exemple, nous avons testé le texte de la bande dessinée "Un cas très banal" contenu dans notre dépliant "Les tranquillisants, la solution ?". Nous obtenons sur un échantillon de 100 mots (4 premières images), les valeurs suivantes :



W = 152, S = 6, P = 19, D = 15.

dès lors,

$$L = 206,84 - 0,85 \cdot 152 - 1,02 \cdot 6 = 71,52$$



soit une facilité de lecture permettant de toucher 80 % de la population.

$$I = 3,64 \cdot 19 + 0,31 \cdot 15 = 73,81$$

soit une charge émotionnelle très forte, susceptible de donner au public le sentiment d'être concerné par le message.

La formule de FLESH comme d'autres procédures ont été établies en fonction de la langue anglaise. Elle n'est donc pas adaptable à 100 % en français, mais elle donne quand même une bonne idée des niveaux émotionnel et communicatif d'un texte.

François RICHAUDEAU (1) a de son côté mis en évidence quelques règles valables dans notre langue, qu'il a résumées dans le tableau reproduit ici. La prise en considération de ces remarques améliore indiscutablement la lisibilité d'un message.

CE QUI FAVORISE OU CONTRARIE LA LISIBILITÉ ET L'EFFICACITÉ D'UN TEXTE		
Facteurs positifs		Facteurs négatifs
 <b>mots actifs</b> (ex. : les molécules se heurtent) <b>mots personnels</b> (ex. : nous, les gens...)	<b>LE MOT</b>	 <b>mots rares et généralement longs</b> <b>mots nouveaux ou pédants et non nécessaires</b> (ex. : concaténation au lieu d'enchaînement) <b>mots nouveaux et nécessaires, mais non expliqués au récepteur</b>
<b>placement des mots les plus importants au début de la sous-phrase</b> <b>construction facilitant la prédiction des mots à venir</b> (ex. : j'ai... des... qui... pour...) <b>formule à intention informative en début de sous-phrase</b> (ex. : c'est pourquoi...)	<b>LA SOUS-PHRASE<sup>1</sup></b>	<b>sous-phrase trop longue :</b> – plus de 15 mots en moyenne – plus de 10 mots : récepteur peu cultivé – plus de 20 mots : récepteur cultivé <b>mots les plus importants placés dans la seconde moitié de la sous-phrase</b> <b>construction non prédictive</b> (par ex. : énumérative: Le..., le..., le... sont...) <b>écran linguistique</b> (par ex. : distance sujet-verbe) supérieur à 10 mots.
<b>répétitions concernant les passages difficiles</b> <b>exemples pour éclairer les textes scientifiques et techniques</b> <b>analogies pour éclairer les textes abstraits</b> <b>effets de style</b> (à condition que l'émetteur soit un écrivain de qualité)	<b>LA REDONDANCE<sup>2</sup></b>	<b>manque d'originalité</b> { <ul style="list-style-type: none"> <li>– formules creuses, délayage</li> <li>– répétitions inutiles, tautologies</li> </ul>
		<b>trop d'originalité</b> { <ul style="list-style-type: none"> <li>– pas de répétitions concernant des informations nouvelles et difficiles</li> <li>– pas ou peu de mots outils (langage « petit-nègre » ou langage programme d'informatique)</li> </ul>
		<b>originalité par omissions</b> { <ul style="list-style-type: none"> <li>– ellipses non justifiées par les connaissances du récepteur</li> <li>– chaînons logiques manquants (chose fréquente, hélas ! en mathématiques)</li> </ul>
<p>1. Sous-phrase : phrase simple ou partie d'une phrase complexe autonome sur le plan de la signification, généralement limitée par un point, un point-virgule, un tiret ou une virgule.</p> <p>2. Redondance : ce qui est dit en trop, en excès, par rapport à ce qui est strictement nécessaire pour la compréhension par le récepteur.</p>		

(1) RICHAUDEAU, F. Le langage efficace. Centre d'étude et de promotion de la lecture, Paris, 1973.

---

## 6. Jugement de personnes essentielles à la transmission du message.

---

L'emploi d'une brochure ou d'une série de diapos ne dépend pas uniquement de la réceptivité du groupe-cible.

Les personnes en contact avec le groupe et qui remplissent une fonction importante à ses yeux doivent juger positivement le message. Si ce n'est pas le cas, elles risquent de refuser de transmettre le message ou diffuseront des informations contradictoires.

On conseillera par exemple de demander l'avis de médecins et de membres du personnel paramédical (10 à 20 personnes) au sujet d'un dépliant destiné à des patients. Leur commentaire indiquera si les travailleurs sanitaires seront intéressés à employer le matériel dans leur travail.

## 7. La lisibilité des messages TV.

---

L'Institut National du Cancer a analysé de nombreux programmes TV. Il en a tiré quelques conseils pour rendre les messages plus clairs et plus attirants pour le spectateur.

- 1) ne pas se contenter de poser le problème, mais aussi indiquer une ou des solutions. P. ex. une exposition de longue durée au soleil d'une peau blanche sensible joue un rôle dans le cancer de la peau (problème). D'où le conseil de bains de soleil progressifs et d'application de crèmes de protection (solutions).
- 2) associer à la promotion d'un comportement sain une récompense claire, qu'elle soit psychologique, physique ou financière.
- 3) illustrer le comportement sain.
- 4) donner un ton légèrement ou fortement émotionnel au message.
- 5) présenter des témoignages de personnes concernées par le problème (ex-fumeur pour le tabac, athlète pour le sport, ...).

## Conclusion.

---

Toute forme de communication vise à l'efficacité. Dans cette optique, la communication via les media est plus fragile que la communication personnelle ou de groupe. En effet, le message reçoit une forme intangible avant d'être envoyé au groupe-cible.

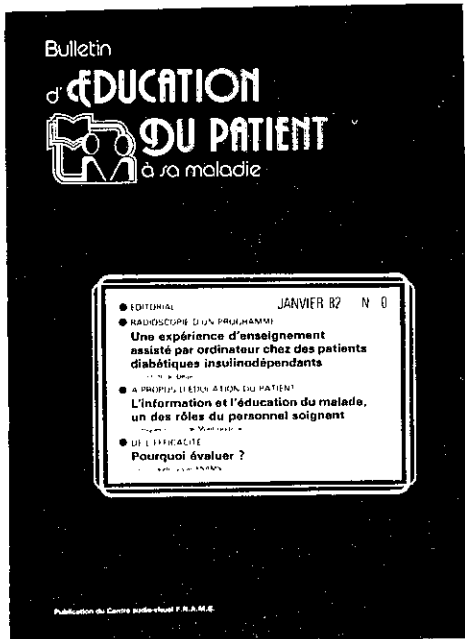
Il n'est pas possible de s'assurer catégoriquement de l'efficacité du message avant sa diffusion. Toutefois, des améliorations sont possibles en lui appliquant un ou des pré-tests.

L'objectif de ces pré-tests est de soumettre le message au jugement d'un échantillon du groupe-cible.

Il est alors possible d'avoir une idée de ce que le récepteur pense, ressent et estime possible dans le domaine préventif. Reste alors à l'émetteur du message à apporter des modifications au texte, à l'affiche, à l'émission de radio ou de TV avant que temps, énergie et argent soient investis dans la production finale. ■

# initiatives et réalisations

## UNE REVUE BELGE D'EDUCATION DU PATIENT



De plus en plus de monde se préoccupe actuellement d'éducation du patient. En Belgique aussi, et plus particulièrement en Belgique francophone, cette discipline assez neuve suscite un intérêt croissant.

La création récente du "Bulletin d'Education du Patient à sa maladie" s'inscrit logiquement dans cette tendance.

L'objectif des promoteurs de cette revue est double :

- proposer des pistes de réflexion et d'évaluation sur l'information et l'éducation du patient à l'hôpital ;
- faire du bulletin un instrument de liaison entre les institutions, sur tout ce qui se fait et se prépare en matière d'information et d'éducation du malade à l'hôpital.

Le premier numéro du bulletin comprend trois articles de fond : le premier, très technique, rend compte d'une expérience d'enseignement assisté par ordinateur chez des diabétiques insulinodépendants.

Le deuxième article aborde la question de la responsabilité du personnel infirmier dans l'éducation du malade. L'auteur y insiste sur la nécessité de cette tâche, et aussi sur les nombreuses difficultés qui lui sont liées.

Un troisième texte enfin insiste sur l'importance primordiale de l'évaluation. Cette évaluation, qui est un peu devenue la tarte à la crème en matière d'éducation sanitaire, est indispensable pour qu'une discipline nouvelle puisse s'affirmer.

Le bulletin contient également des informations sur des programmes réalisés à l'étranger, sur ceux disponibles ou en préparation chez nous, et rappelle les activités du Centre Audio-Visuel FNAMS, ainsi que les réalisations qu'il propose.

Comme tel, le "Bulletin d'éducation du patient à sa maladie" est une réalisation remarquable, un peu austère et difficile d'approche pour un public non initié sans doute, mais remplissant un vide. Nous lui souhaitons tout le succès possible.

Les conditions d'abonnement (pour 4 numéros) sont les suivantes : 400 FB (personnel), 550 FB (institution).

Pour tous renseignements : Centre Audio-Visuel FNAMS, avenue Thérassé 1, 5180 YVOIR. Tél. 081/41.23.01, poste 537. ■

---

## en savoir plus sur

Le thème actuel de la campagne "La Santé sans Peine" est consacré aux tranquillisants mineurs, c'est-à-dire aux spécialités de la famille des benzodiazépines.

Ces médicaments se vendent par millions en Belgique, et représentent par conséquent un chiffre d'affaires énorme, de plus d'un milliard de francs. C'est dire l'importance d'une information objective à leur sujet, qui ne soit ni soumise aux intérêts de l'industrie ni animée par un esprit systématiquement anti-médicaments.

Comme d'habitude un dépliant a été réalisé à cette occasion. Il contient une bande dessinée illustrant un cas classique d'utilisation des tranquillisants mineurs, diverses données (indications, effets secondaires, contre-indications), ainsi que le prix des spécialités les plus vendues dans notre pays.

Le dépliant est accompagné d'une affiche (deux formats disponibles : 33 x 49 cm et 24,5 x 35 cm) et d'un spot de 10 dias. Pour tous renseignements : Infor Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles. Tél. 02/230.78.90, poste 192.

A l'occasion de la sortie du thème "tranquillisants", un dossier complétant le contenu du dépliant est paru dans le journal "En Marche". Il est repris ici in extenso.

### TRANQUILLISANTS ET SOMNIFERES

Valium, Lexotan, Seresta, Temesta, Mogadon, Halcion ... Ces médicaments sont les plus connus dans la grande famille des benzodiazépines \*, ces tranquillisants mineurs dont tant de personnes usent et abusent pour se débarrasser de leur anxiété, de leurs angoisses et de leurs conséquences : nervosité, insomnie, etc.

Les premières benzodiazépines furent découvertes il y a plus de vingt ans. Leur chef de file fut le Librium, toujours utilisé actuellement. En 1959, un tranquillisant encore plus célèbre fut découvert, le Valium, sans doute le médicament le plus consommé dans le monde occidental. Depuis, la famille a continué à grandir : aujourd'hui, plus de vingt benzodiazépines sont en vente en Belgique.

"PILULE DU BONHEUR".

Ces médicaments sont efficaces pour soulager à court terme l'anxiété et ses conséquences psychosomatiques \* (tremblements, vertiges, migraines, sueurs ...). Ils aident également à trouver le sommeil. Cependant, ces médicaments ne suppriment pas la cause du mal, mais seulement ses symptômes, ses signes apparents.

TRANQUILLITE DU PATIENT ... TRANQUILLITE DU MEDECIN.

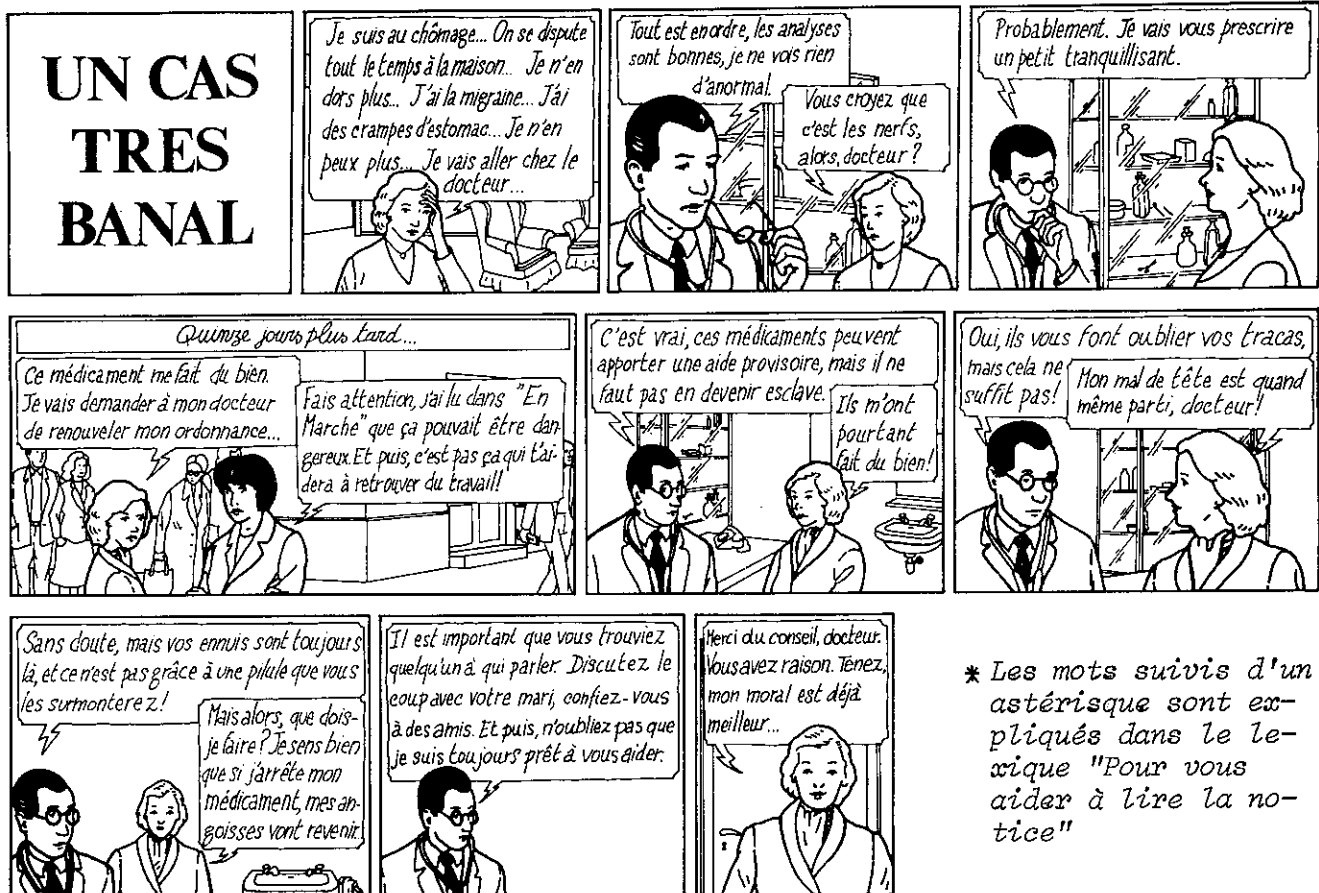
Les tranquillisants représentent le type même des médicaments "de confort" : confort pour le patient, mais aussi confort pour certains médecins, qui peuvent trou-

ver dans les tranquillisants un moyen facile de se débarrasser des malades qui ont des problèmes psychologiques. Ceux-ci auraient pourtant surtout besoin d'être écoutés, mais une ordonnance prend moins de temps.

Les tranquillisants aident l'individu à s'adapter à des structures sociales contraignantes, à une vie professionnelle dénuée d'intérêt, aux problèmes de la vie conjugale, à des difficultés matérielles insurmontables, aux multiples stress de la vie quotidienne.

Pourtant, comme le montre notre bande dessinée, les tranquillisants devraient en principe n'être utilisés que pour de courtes périodes. La tension, la nervosité, l'anxiété sont généralement passagères et doivent être maîtrisées grâce aux médicaments lorsque leur intensité dépasse les limites de l'acceptable. Mais l'anxiété ne doit pas être combattue à tout prix par les médicaments. Elle est un signal d'alarme, une réaction saine de l'organisme qui nous avertit des agressions de notre environnement matériel et social et nous appelle à nous défendre. Les tranquillisants font taire ce signal d'alarme, mais ne suppriment pas ces agressions, ces stress. Ils nous aident à les subir sans en souffrir.

Ainsi, au-delà de leur action individuelle, au-delà de la tranquillité qu'ils procurent au patient, les tranquillisants apparaissent comme des agents très efficaces de "tranquillité sociale" : diminuant l'esprit critique, réduisant à presque rien les impatiences et les revendications, aidant les personnes à s'adapter plutôt qu'à réagir aux difficultés, les tranquillisants sont un facteur important de maintien de ce qui est. L'absence d'activités créatrices, la privation de responsabilités, la course à la possession d'objets ou de signes de richesse et de puissance, le vieillissement rapide de ces acquis qui exige un effort de renouvellement incessant, tout cela contribue à la consommation croissante des pilules de "bonheur" et nous conduit tout droit vers un monde de robots.



\* Les mots suivis d'un astérisque sont expliqués dans le lexique "Pour vous aider à lire la notice"



## SOMNIFERES OU TRANQUILLISANTS ?

Les mêmes médicaments sont à la fois somnifères et tranquillisants mais leur durée d'action peut être très variable.

Parmi les médicaments de la famille des benzodiazépines, on distingue habituellement des tranquillisants (Valium, Lexotan, Seresta, par exemple) et des somnifères (Mogadon, Halcion ...). En réalité, la division n'est pas aussi nette. Les uns et les autres ont une action multiple : diminution de l'anxiété et de la tension nerveuse ET activité hypnotique. Il est d'ailleurs assez évident que la diminution de l'anxiété facilite le sommeil.

Ces divers tranquillisants-somnifères peuvent donc être utilisés pour soigner les mêmes troubles, avec évidemment un dosage différent : dosage léger pour l'anxiété pendant la journée, dosage léger également pour des problèmes d'endormissement causés par l'anxiété, dosage plus élevé pour des insomnies plus graves.

Pour choisir le tranquillisant-somnifère le mieux adapté, il faudra tenir compte d'un autre élément : la durée de l'action du médicament.

Comme on le voit dans le tableau ci-dessous, certains tranquillisants ont une durée d'action très longue. Ainsi, par exemple, le Mogadon, pris comme somnifère, peut encore avoir des effets pendant toute la journée qui suit. Il n'est donc pas indiqué pour des personnes dont l'activité exige de bons réflexes (conduite de véhicule, travail sur machine ...).

Pour certains tranquillisants (Valium, Halcion, Rohypnol), la durée d'action est encore prolongée, surtout en cas de prise régulière : le médicament de base se transforme en un autre produit dont les quantités s'additionnent et continuent à agir dans l'organisme (l'effet peut aller jusqu'à 80 heures dans le cas du Valium).

L'élimination du médicament est encore plus lente chez les personnes âgées et en cas de mauvais fonctionnement du foie.

Il est bien connu que la consommation conjointe d'alcool et de tranquillisants-somnifères est dangereuse : l'alcool risque d'augmenter de façon imprévisible l'effet du médicament. Il faut ajouter que, vu la durée d'action des benzodiazépines, le danger subsiste souvent le lendemain de la prise du médicament.

DUREE D'ACTION DES BENZODIAZEPINES	DUREE D'ACTION MOYENNE OU BREVE	LONGUE DUREE D'ACTION
Plutôt tranquillisants	SERESTA (6 - 15 h.)	LEXOTAN (12 - 24 h.)
A la fois tranquillisants et somnifères	TEMESTA (12 - 18 h.)	VALIUM (30 - 40 h.)
Plutôt somnifères	HALCION (2 - 5 h.) ROHYPNOL (10 - 20 h.)	MOGADON (20 - 40 h.)

d'après ARZNEI-TELEGRAMM, septembre 1981.

---

## "JE NE PEUX PLUS M'EN PASSER ..."

Les tranquillisants et somnifères de la famille des benzodiazépines doivent être réservés à des traitements de courte durée.

Tout d'abord, parce que leur utilité au-delà d'un certain temps n'a jamais été prouvée (deux semaines comme somnifères, quatre mois comme tranquillisants). Ensuite, parce qu'un usage plus long risque de provoquer des phénomènes de dépendance : on ne peut plus s'en passer. Il ne s'agit pas ici d'une dépendance aussi forte que celle que peuvent provoquer l'alcool ou certaines drogues. Mais, s'il est vrai que la dépendance physique\* est rare, la dépendance psychologique\* est très fréquente. Elle seule peut d'ailleurs expliquer l'importance de la consommation.

Cette dépendance psychologique\* semble en étroite relation avec l'apparition de symptômes de sevrage\*. De quoi s'agit-il ? Des signes d'anxiété, d'appréhension, de crainte, d'insomnie, des nausées, des vomissements peuvent apparaître après un arrêt brusque du traitement. Ces risques peuvent se manifester de 3 à 10 jours après l'arrêt d'un traitement aux benzodiazépines à longue durée d'action (voir tableau) et dans les 24 heures après l'arrêt brusque de la prise de benzodiazépines à action courte.

Ces symptômes peuvent apparaître après un traitement court - de deux semaines par exemple - et à des doses normales, mais ils sont plus souvent la conséquence de l'arrêt brusque de doses importantes prises de façon habituelle. Ces symptômes de sevrage\* sont souvent assez semblables aux symptômes de la maladie pour laquelle on avait commencé le traitement.

Cette similarité pourrait faire croire que le traitement a été insuffisant et qu'il doit être poursuivi. Ce phénomène pourrait contribuer au grand nombre de prescriptions répétées, malgré que leur utilité ne soit pas prouvée. Pour éviter ces problèmes, il est préférable, pour mettre fin à un traitement prolongé, de diminuer progressivement les doses.

Mais on évitera le plus sûrement de tomber dans le cercle vicieux de la dépendance en n'utilisant ces médicaments que de façon occasionnelle, pendant des durées limitées et à des doses pas trop importantes.

### QUELQUES QUESTIONS

Comment prendre les comprimés de benzodiazépines ?  
-----

Simplement avaler avec un peu d'eau (l'eau permet un passage plus rapide dans l'intestin où le produit est absorbé dans le sang).

Comment fixer la dose nécessaire ?  
-----

Normalement, le médecin commencera par prescrire une dose faible. Mais seul le patient peut sentir l'effet du médicament. Pour éviter les effets gênants (sommolence) et la dépendance, il vaut mieux essayer de trouver la dose minimum suffisante et arrêter le traitement aussitôt que possible.

Cependant, après un traitement intensif prolongé, il vaut mieux diminuer progressivement les doses : un arrêt trop brusque pourrait provoquer des insomnies et de l'anxiété.

---

Y a-t-il des cas de suicide aux benzodiazépines ?

-----

Il y a des tentatives de suicide mais les réussites sont rarissimes. En fait, il s'agit de personnes qui croient que tous les somnifères sont des barbituriques. Ceux-ci sont en effet beaucoup plus dangereux.

Les enfants peuvent-ils prendre des tranquillisants ?

-----

Les benzodiazépines ne sont indiquées pour les enfants que dans des cas bien précis, assez rares, et à des doses réduites fixées par le médecin.

Comment et combien de temps les conserver ?

-----

Comme tous les médicaments, les benzodiazépines doivent être conservées hors de la portée des enfants ; ne les laissez jamais traîner sur une table de nuit. Enfermez-les dans un endroit frais et sec.

Dans ces conditions, la durée de conservation normale est de cinq ans à partir de leur date de fabrication.

#### POUR VOUS AIDER A LIRE LES NOTICES

Anxiolytique : capable de combattre l'anxiété.

Benzodiazépine : famille de médicaments utilisés principalement pour diminuer les signes d'anxiété et les troubles du sommeil.

Dépendance physique : à la suite d'un usage prolongé, la drogue (ou le médicament) peut devenir indispensable au fonctionnement de certains organes. Ceci créé, en cas de privation, des signes physiques réels et reconnaissables (par ex. tremblements, vomissements, syncopes ...). Ces signes physiques sont généralement doublés de signes psychiques (par ex. angoisses, hallucinations, et de manifestations de la maladie pour laquelle le médicament a été donné à l'origine.

Dépendance psychique (ou psychologique) : celle-ci ne se traduit pas par des signes physiques. La personne ne peut plus se passer du médicament (ou de la drogue) à cause du plaisir qu'elle y trouve, ou surtout de la disparition des symptômes désagréables qu'il provoque.

Hypersédation : état de calme excessif qui se manifeste par de la somnolence et une diminution de la vigilance et des réflexes.

Hypnogène : qui provoque le sommeil (= somnifère).

Hypotonie : diminution de la tension normale des muscles. C'est la principale contre-indication des benzodiazépines (voir aussi myasthénie).

Métabolite : certains médicaments se transforment à l'intérieur du corps en une ou plusieurs autres substances chimiques qui peuvent avoir elles-mêmes une action propre ; la transformation des substances dans l'organisme s'appelle le métabolisme et les substances dérivées sont des métabolites.

Myasthénie : état de fatigue musculaire.

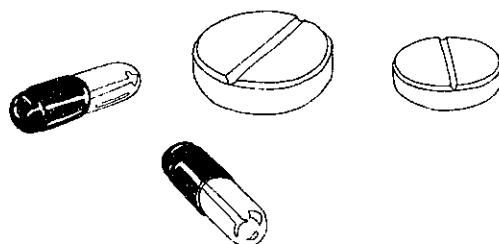
---

Pharmacodépendance : état psychique et parfois physique d'une personne qui éprouve un besoin irrésistible de prendre régulièrement une drogue ou un médicament pour retrouver ses effets psychiques ou pour éviter le malaise de la privation.

Psychosomatique : (du grec psychè, esprit et soma, corps). Il arrive souvent que des problèmes psychologiques ou affectifs se traduisent par des troubles ou des malaises physiques (par exemple migraines, crampes d'estomac ...). On parle alors d'une maladie ou de troubles psychosomatiques.

Symptômes de sevrage ou symptômes d'abstinence ou syndrome d'abstinence : ensemble des signes psychiques et parfois physiques qui apparaissent chez une personne pharmacodépendante lorsque la drogue lui est refusée. Ces signes varient suivant le type de drogue ou de médicament.

Tolérance : nécessité d'employer des doses de plus en plus importantes d'une drogue ou d'un médicament pour obtenir le même effet. ■



QUESTION  
SANTÉ  
asbl



## RECTIFICATION

Une erreur s'est glissée dans le numéro de téléphone de "Question-Santé" (Education-Santé" n° 11, page 20). Au lieu de 640.03.52, il faut lire 640.03.32.  
Autre numéro : 02/640.83.29.

"Question-Santé" nous prie également de signaler que ses deux affiches sont disponibles sur simple demande à son adresse, chaussée d'Ixelles 305, 1050 BRUXELLES.

---

# matériel didactique et d'information

## LE SOMMEIL

Après "Le médicament", la Croix-Rouge de Belgique nous présente, dans le même esprit, une brochure consacrée au sommeil.

Destiné en priorité aux enseignants, ce document fait le point sur ce phénomène passionnant.

Une première partie est consacrée aux mécanismes du sommeil, à ses différentes phases, à ses fonctions, au rêve, aux besoins en sommeil, qui varient selon l'âge.

La brochure aborde ensuite la pathologie du sommeil, avec une attention particulière aux remèdes médicamenteux.

Sous le titre "réapprendre à dormir", de nombreux conseils sont prodigués. Enfin, une partie étudie les aspects du sommeil spécifiques à l'enfance.

Fort complète, cette brochure n'est pas toujours d'un abord facile, malgré la présence d'un glossaire expliquant une quarantaine de mots techniques. Par ailleurs, on mettra à son crédit les nombreuses données pratiques qu'elle contient.

"Le sommeil" est disponible à la Croix-Rouge de Belgique, Service d'éducation sanitaire, chaussée de Vleurgat 98, 1050 BRUXELLES. Tél. 02/647.10.10.■

## LE GUIDE ALIMENTAIRE

Le Service Hygiène-Santé de la Ville de Besançon mène depuis deux ans une campagne d'éducation pour la santé sur le thème de la nutrition. Il a publié dans ce cadre un intéressant "Guide alimentaire".

Cette brochure se distingue de la littérature abondante concernant ce sujet par une approche politique de l'alimentation. Elle rappelle ainsi que les céréales servant à nourrir le bétail dont nous faisons nos délices dans les pays riches suffiraient à nourrir tous les habitants du Tiers Monde.

En d'autres termes, la "malbouffe" (par carence) des pauvres est liée à la "malbouffe" (par excès) des riches.

A part cette perspective critique, "Le guide alimentaire" propose le discours traditionnel dans la nutrition, c'est-à-dire beaucoup d'impératifs et d'interdits, assortis heureusement de recettes fort sympathiques. La brochure est illustrée de petits dessins marrants en couleur.

Elle est disponible au prix de 5 FF l'exemplaire (commande minimum : 10 ex.) au Service Hygiène-Santé, rue Mégevand 2, BESANCON, France.■

## DEUX BANDES DESSINEES AUTOUR DE LA NAISSANCE

Que deux bandes dessinées sortent en même temps dans le domaine de l'éducation à la santé est déjà une coïncidence. Que ces deux bandes dessinées tournent en plus autour du même sujet est vraiment extraordinaire !

L'Oeuvre Nationale de l'Enfance tout d'abord publie un épais album souple de 64 pages sur "Les mystères de la vie". C'est en quelque sorte la suite de "Contraception", déjà dessinée par Yvon Godefroid (diffusée par Infor-Jeunes).

Destinée aux adolescents, cette bande dessinée bien documentée rappellera utilement certaines choses aux adultes !

Elle aborde le développement de l'individu, la fécondation, les stades de la grossesse (avec la maturation du fœtus), la naissance et les premières heures de la vie.

Le graphisme un peu naïf des images convient parfaitement au sujet, et l'humour est continuellement présent, qui n'empêche aucunement la rigueur scientifique.

Une quinzaine de pages d'annexes complètent l'histoire : bonnes adresses et aspects légaux de la maternité.

L'Echevinat de l'Etat Civil, de la Population et de l'Hygiène de la Ville de Liège a produit de son côté, dans le cadre d'une campagne "périnatalité", la bande dessinée "Naître bien = vivre mieux !".

Chaque planche est l'occasion de donner un bon conseil aux futures mamans, de façon à ce que la grossesse se passe le mieux possible.

Le dessin vivant de Bédou rend la lecture de cette bande dessinée très plaisante.

Les mystères de la vie, Oeuvre Nationale de l'Enfance, avenue de la Toison d'Or, 67, 1060 BRUXELLES. Tél. 02/538.61.50.

Naître bien = vivre mieux !, Echevinat de l'Etat Civil, de la Population et de l'Hygiène, 4000 LIEGE. ■



## SECURITE ROUTIERE EN MUSIQUE



L'idée de donner des conseils de sécurité routière au moyen d'une cassette sonore n'est pas mauvaise. En effet, pas mal de voitures sont équipées d'un lecteur de cassettes, ce qui rend possible le passage des conseils "en situation".

Une initiative de ce type vient d'être prise par la Croix-Rouge de Belgique qui propose la cassette "Urgence".

Il ne s'agit pas d'une sombre accumulation de directives pas très gaies, mais d'une émission à la fois instructive et distrayante. Le meneur de jeu est Stéphane Steeman, on entend souvent des témoignages pris sur le vif de connaissances du public en matière de sécurité routière, et les transitions musicales sont assurées par l'excellent groupe rock "The Bowling Balls".

L'achat de cette cassette est en plus une bonne action puisque le produit de la vente est destiné à soutenir les actions de la Croix-Rouge.

Cassette "Urgence", Croix-Rouge de Belgique, chaussée de Vleurgat, 98, 1050 BRUXELLES. Tél. 02/647.10.10, 200 FB + frais de port par exemplaire.■

## ACTUALITE SANTE



Au moment où l'on proclame de plus en plus largement la nécessité de développer une approche préventive des problèmes de santé, la parution récente du livre incendiaire de Norbert BENSATD, La Lumière Médicale (1), suscite bien des remous et des remises en cause. Les campagnes de prévention et d'éducation à la santé sont-elles, comme l'auteur l'affirme vigoureusement, des manifestations d'une vaste entreprise médicale culpabilisante et nuisible, voire totalitaire ?

Pour faire le point, le mensuel Actualité-santé de décembre 1981 est quasi entièrement consacré à un dossier contradictoire intitulé "La grande peur de la prévention". On y trouve, outre diverses analyses du livre La lumière médicale, une longue interview du Dr. Norbert Bensaïd lui-même, les points de vue de deux de nos responsables politiques - MM. Philippe Busquin et Michel Hansenne - sur la prévention, un regard critique sur la campagne menée par certains écologistes contre les cutis, etc.

Profitons de l'occasion pour souligner l'effort de mise en page accompli par Actualité-santé ces derniers temps.

Actualité-santé est distribué dans certaines grandes librairies, où peut être commandé à l'adresse suivante : rue du Gouvernement Provisoire, 29, 1000 BRUXELLES. Tél. 02/219.67.66 (Le numéro : 70 FB).■

## UFIDEC ET LA VITAMINE C

Depuis quelques mois, nous nous sommes penchés sur le problème des médicaments. Ce domaine très vaste et difficile a souvent rebuté les informateurs et éducateurs sanitaires, ceux-ci laissant à la seule industrie pharmaceutique le soin d'informer le public. On sait ce qu'il en est : affirmations discutables dans la publicité, jargon incompréhensible dans les notices jointes aux emballages.

---

(1) voir notre compte-rendu dans "Education-Santé" n° 10.



---

Nous observons avec plaisir que d'autres que nous s'intéressent aussi au médicament. Ainsi, UFIDEC publie dans son mensuel de janvier 1982 une étude consacrée à la vitamine C.

Le magazine parle d'abord de la vitamine C en général : son rôle dans l'organisme, nos besoins en vitamine C, son usage contre les refroidissements, ses effets secondaires, et les sources de vitamine C (1). Suit une analyse classique de différentes préparations de vitamine C.

Le fait de considérer des médicaments, même si ce ne sont que des comprimés de vitamine C en vente libre, comme d'autres produits d'usage courant, bière ou cafetière électrique par ex., témoigne d'une volonté de désacraliser les produits pharmaceutiques. Comparer et juger des médicaments n'est pas encore courant. C'est en soi une bonne chose, mais qui expose à un risque. Cette banalisation des médicaments pourrait occulter dans l'esprit du public les dangers de leur usage abusif. On ne les consomme quand même pas comme de simples bonbons !

L'important est finalement de garder la juste mesure : cultiver la prudence à l'égard des médicaments tout en relativisant leur valeur et leur spécificité.

UFIDEC, Information et Défense du Consommateur, boulevard de l'Empereur 21, bte 10, 1000 BRUXELLES.■

## GUIDE PRATIQUE DES MEDECINES NATURELLES

L'homme est la victime du système dans lequel il s'est enfermé, nous dit l'auteur, R.G. Louis de BROUWER : "Coupé de ses racines profondes, par une accumulation d'erreurs fantastiques dans tous les domaines, erreurs accentuées chaque jour davantage par l'adoption d'un système matérialiste délirant, l'homme se cherche et, désemparé, ne se reconnaît plus en tant que tel".

Nous retrouvons cette situation en médecine également, avec l'usage dominant de thérapeutiques agressives.

Le "Guide pratique des médecines naturelles" ouvrira au lecteur des perspectives de guérison insoupçonnées par des moyens simples, peu coûteux et sans danger : phytothérapie, homéopathie, aromathérapie, gemmothérapie, oligothérapie, lithothérapie, organothérapie.

L'auteur nous présente aussi un précieux dictionnaire-formulaire, dans lequel 150 affections sont suivies de leur(s) remède(s) dans les thérapeutiques douces.

R.G. Louis de BROUWER. Guide Pratique des Médecines Naturelles. Diffusion Maloine, 1980, 280 p.■

---

(1) Il est amusant de constater que le citron, dont l'image est associée à la vitamine C, en contient 10 fois moins que le cassis !

---

## OLIGO-ELEMENTS ET OLIGOTHERAPIE

"Tout se passe comme si dans la matière vivante, les éléments de construction et de combustion en grande quantité (tels que calcium, carbone, oxygène ...) ne pouvaient s'organiser en matière vivante qu'en présence d'éléments beaucoup plus rares contenus en infimes quantités, et qui ne sont là que pour permettre les réactions propres à la vie : les oligo-éléments".

Les oligo-éléments, métaux ou métalloïdes, ont une quadruple action :

- ce sont les catalyseurs des multiples fonctions et réactions organiques qui hors de leur présence ne se réalisent pas ;
- ils ont une action thérapeutique bien spécifique avec, en outre, des effets anti-toxiques et bactéricides bien spécifiques ;
- ils sont des modificateurs du terrain en favorisant les phénomènes d'auto-défense de l'organisme vis-à-vis des infections ;
- ils ont enfin une action permettant les phénomènes vitaux indispensables au bon fonctionnement de l'organisme.

Ces données ont été et sont chaque jour confirmées par les médecins qui prescrivent la thérapeutique catalytique, soit seule soit en association avec d'autres médicaments.

Les oligo-éléments se présentent sous forme d'ampoules ou de flacons doseurs parfaitement assimilables.

Après avoir examiné les diathèses ou terrains, base de l'oligothérapie, l'auteur analyse chaque oligo-élément dans sa "matière médicale" étant donné toutes les indications thérapeutiques. Puis, dans le "Lexique thérapeutique" il passe en revue les traitements oligothérapeutiques appropriés pour chaque affection.

Pour finir, le Docteur Binet consacre un chapitre intéressant à la diététique.

Bref, un livre à conseiller à toute personne désireuse d'en savoir plus sur une médecine "différente".

Dr. Claude BINET, Oligo-éléments et oligothérapie. Editions Dangles, 1981, 297 p., 66 FF. ■

## LE POINT DE LA MEDECINE

La télévision est un média important pour véhiculer des messages concernant la santé. Les émissions de vulgarisation médicale ne manquent d'ailleurs pas. Une d'entre elles est "Le point de la médecine", véritable institution de la RTBF, dont la cheville ouvrière est Paul DANBLON.

---

Nous avons suivi l'émission consacrée au sommeil, diffusée le 16 février dernier à 20 heures sur Télé 2. D'une durée d'environ 1 heure, cette émission avait pour ambition de faire le tour de la question : explication des mécanismes du sommeil normal, description des pathologies du sommeil et des remèdes existants.

Selon un schéma immuable, l'émission, réalisée en direct, regroupait en studio autour du présentateur trois (éminents) spécialistes et un médecin généraliste. Et ceux-ci d'expliquer à tour de rôle différents aspects du problème, illustrés par quelques minutes de film (témoignage de 4 ou 5 personnes), un tableau apporté par un spécialiste, un listing contenant un tracé d'électro-encéphalogramme apporté par un autre. Et c'est tout.

On trouvait dans cette émission à peu près tout ce qu'il ne faut pas faire en matière de communication télévisuelle :

- un sujet trop vaste (mécanisme et pathologie du sommeil), qui n'a pu être synthétisé sur la durée du programme ;
- un plateau constitué exclusivement de médecins, bons ou mauvais vulgarisateurs de leurs idées. Ce n'est pas la meilleure manière de favoriser la participation du grand public ;
- un grand statisme, tout le monde restant assis pendant la quasi totalité de l'émission ;
- une mise en image aberrante : plus d'une fois, le dos d'un personnage nous masquait ce qu'il était censé nous montrer sur une feuille de papier tenue à bout de bras, plus ou moins stable. L'excuse du direct ne tient pas, car rien dans la conception du programme ne le justifie ;
- une extrême pauvreté de l'illustration : quelques reproductions de tableaux au début, quelques interviews de malades, dont certains cas rares peu représentatifs des pathologies habituelles du sommeil.

La critique est aisée, sans doute, mais il n'empêche qu'on pourrait attendre plus et mieux de la part de "spécialistes" de la communication. D'autres programmes et d'autres chaînes de télévision en donnent l'exemple. ■

---

## rencontres



Le 1er Forum International pour l'Intégration des Personnes Handicapées aura lieu du 12 au 16 mai 1982, au Parc des Expositions de Bruxelles.

L'exposition comprendra deux volets : une information par les associations nationales et privées au service des personnes handicapées ; une exposition spécialisée de matériel destiné à faciliter l'intégration des handicapés.

Les mutualités chrétiennes participeront à cette manifestation ouverte au grand public. ■

## éducation-santé

Plusieurs lecteurs nous ayant demandé des renseignements sur les précédents numéros d'Education-Santé, voici la liste des principaux articles contenus dans les deux numéros encore disponibles :

### N° 9 - MAI 1981

L'éducation à la santé et le modèle médical.  
Les campagnes de Via Secura (2).  
Résultats des campagnes anti-tabac.  
La politique de la Communauté Française en matière d'éducation à la santé.  
Radiographie d'une brochure : "Le rôle des médicaments familiaux".  
Les jeunes et la consommation.

### N° 11 - DECEMBRE 1981

L'évaluation en éducation à la santé : définition des objectifs.  
Publicité trompeuse.  
Animation sur les antidouleurs.  
L'examen médical scolaire.  
L'éducation du patient en milieu hospitalier.

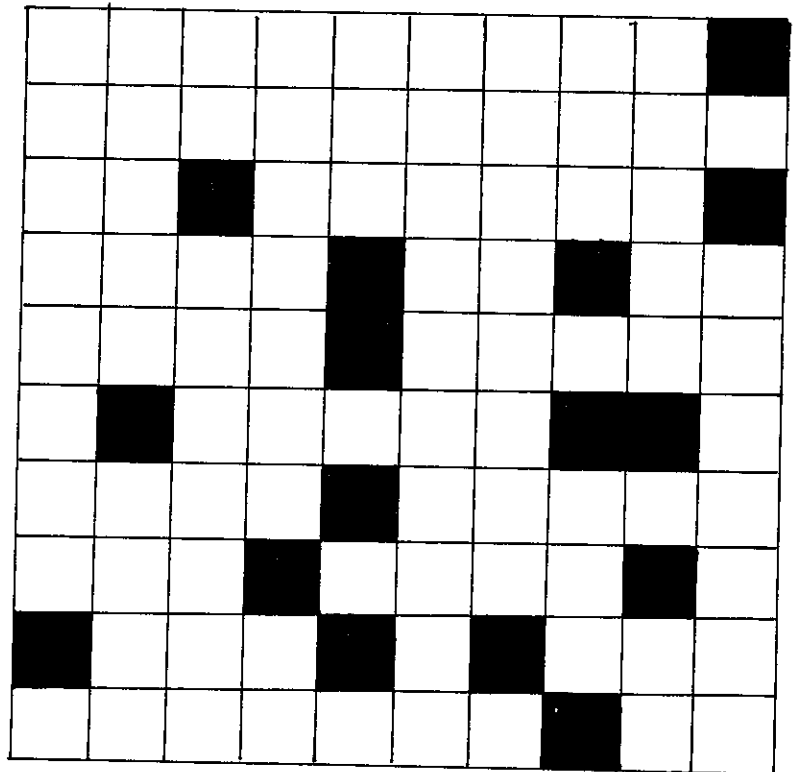
Des spécimens gratuits de ces deux numéros peuvent être obtenus sur simple demande à Infor santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles. Tél. 02/230.78.90, poste 192.

# mots croisés

A B C D E F G H I J

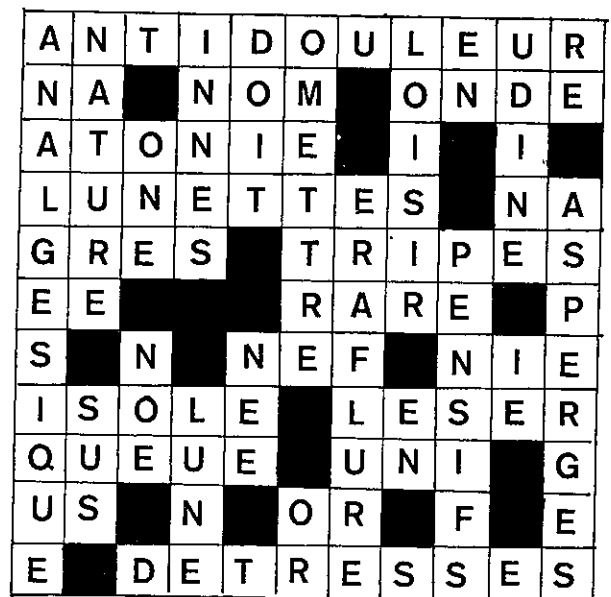
## HORIZONTALLEMENT

1. Font partie de notre alimentation.
2. Leurs fonds sont délicieux.
3. Article - Petit mammifère carnivore.
4. Rejeton de l'âne et de la jument - Note - Largeur d'un chemin de halage.
5. Dirigés, - Irritants.
6. But.
7. Défectuosité - Héritaire - Parent.
8. Elimine - Sucre.
9. Avalée - Saison.
10. C'est écrit comme ça ! - Le premier.



## VERTICALEMENT

- A. Médicaments dont on abuse.
- B. Se dit de certains contraceptifs - Début.
- C. Presque propre - Atteint d'une redoutable maladie infectieuse.
- D. Région de Pologne - Conjonction.
- E. Préfixe domestique.
- F. La polyarthrite l'est souvent.
- G. Qui a rapport au Saint-Siège.
- H. Préfixe continental - Parfois de sol.
- I. Monument - Possessif.
- J. Attendus.



Solution du problème précédent

# nouvelles acquisitions

Nous rappelons au lecteur que nous ne distribuons pas le matériel didactique repris dans la liste ci-dessous. Si vous êtes intéressé par un matériel, le plus simple est de vous mettre directement en rapport avec le producteur. Vous pouvez aussi venir le consulter en notre Centre ou obtenir une fiche de renseignements pratiques à son sujet (organisme producteur, résumé du contenu, format, prix), sur simple demande au Centre d'Information pour l'Education à la Santé, rue de la Loi 121, 1040 BRUXELLES.

## A. MATERIEL DIDACTIQUE

### *Tabac*

Le grand jeu "pif" anti-tabac (jeu)  
Pif-Gadget

Le tabac, cause de handicaps (affiche)  
Croix-Rouge de Belgique

### *Alimentation*

Le guide alimentaire (brochure)  
Ville de Besançon - Service Hygiène  
et Santé

### *Alcool*

L'alcoolisme (cassette)  
Media Animation

### *Utilisation des médicaments*

Les tranquillisants, la solution ?  
(affiche, dépliant, diapos)  
Centre d'Information pour l'Education à la Santé

### *Sécurité*

Les réfléchissants se voient de loin  
(affiche)  
Via Secura

Un logement sûr pour nos enfants  
(brochure)  
Oeuvre Nationale de l'Enfance

Le jouet (brochure)  
C.R.I.O.C.

Roulez sympa, c'est contagieux  
(affiche)  
Via Secura

Urgence (cassette)  
Croix-Rouge de Belgique

### *Comportement sexuel*

Les mystères de la vie (bande dessinée)  
Oeuvre Nationale de l'Enfance

### *Repos, sommeil, loisirs*

Le sommeil (brochure)  
Croix-Rouge de Belgique

### *Vaccination, dépistage, prévention*

Campagne de dépistage du diabète :  
l'êtes-vous ? (bande dessinée)  
Société Scientifique de Médecine  
Générale

Un diabétique sur deux s'ignore (affiche)  
Société Scientifique de Médecine Générale

*Utilisation des services de santé*

Aide aux familles et aux personnes âgées en Belgique (tract)  
Ministère de la Santé Publique et de la Famille

*L'hygiène*

Propreté et Santé (feuille d'info)  
Club Pharmaceutique d'Education pour la Santé

*L'éducation à la santé dans l'enseignement primaire et secondaire*

Que vais-je faire à la visite médicale ?  
(schéma de cours)  
Fédération des Mutualités Chrétiennes de Tournai

*Phases de la vie*

Votre enfant et vous (feuille d'info)  
Club Pharmaceutique d'Education pour la Santé

Vivre longtemps et heureux  
(feuille d'info)  
Club Pharmaceutique d'Education pour la Santé

Naître bien = vivre mieux !  
(bande dessinée)  
Ville de Liège

**B. LIVRES**

*ALIMENTATION*

RIGAUDIER, M. 330 recettes végéta-  
riennes. Collection Santé Natu-  
relle. Editions Dangles, 1981.  
157 pages, 39 FF.

*UTILISATION DES MEDICAMENTS*

DENIKER P. La psychopharmacologie.  
Collection "Que sais-je ?" P.U.F.  
1976. 126 pages, 131 FB.

BINET, C. Oligo-éléments et oligo-  
thérapie. Collection Médicale et  
Paramédicale. Editions Dangles, 1981.  
297 pages, 66 FF.

*CONCEPT DE SANTE ET DE MALADIE*

CHAMBERS CLARK C. Enhancing Wellness -  
A guide for self-care. Springer Pu-  
blishing Company, 1981. 369 pages,  
1.533 FB.

*THEMES MULTIPLES*

Annual Review of Public Health. Vol.  
2. Breslow & Fielding & Lave Edit.,  
1981. 505 pages, 798 FB.

Constancy and change in human develop-  
ment. Brim & Kagan Editors. Harvard  
University Press, 1980. 754 pages,  
1.756 FB.

*POLITIQUE DE LA SANTE ET POLITIQUE  
D'EDUCATION A LA SANTE*

Vade-mecum des organismes participant  
à l'éducation à la santé. Centre  
d'éducation à la santé, Charleroi,  
1981. 53 pages.

LEVIN, L.S. & IDLER, E.L. The hidden  
Health Care System : Mediating Struc-  
tures and Medicine. Ballinger Publi-  
shing Company, 1981. 272 pages, 893 FB.

*FORMATION ET RECYCLAGE EN EDUCATION A  
LA SANTE*

ROSS, H.S. & MICO, P.R. Theory and Prac-  
tice in Health Education. Mayfield  
Publishing Company, 1980. 338 pages,  
1.105 FB.

L'EDUCATION A LA SANTE DANS L'ENSEIGNEMENT  
PRIMAIRE ET SECONDAIRE

ROMANO, R.M. Pretesting in Health Communications. Methods, Examples, and Resources for improving health messages and materials. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institute of Health, 1980. 45 pages.

PHASES DE LA VIE

MERCER, R.T. Perspectives on Adolescent Health Care. Lippincott Company, 1979. 420 pages, 626 FB.

DIVERS

SIGERIST, E. A History of Medicine. Vol. 1. Primitive and Archaic Medicine. Oxford University Press, 1977. 564 pages, 1.727 FB.

ADRESSES OU ON PEUT OBTENIR LE MATERIEL CITE DANS CETTE RUBRIQUE

- o La Croix-Rouge de Belgique  
chaussée de Vleurgat, 98  
1050 BRUXELLES
- o Media-Animation  
avenue Rogier, 37  
1030 BRUXELLES
- o Via Secura  
Rond-Point Schuman, 9 - bte 7  
1040 BRUXELLES
- o CRIOC  
avenue Louise, 250  
1050 BRUXELLES
- o Oeuvre Nationale de l'Enfance  
avenue de la Toison d'Or, 67  
1060 BRUXELLES
- o Société Scientifique de Médecine Générale  
boulevard de Waterloo, 54  
1000 BRUXELLES.
- o Ministère de la Santé Publique et de la Famille  
rue des Croisades, 3  
1000 BRUXELLES
- o Club Pharmaceutique d'Education pour la Santé  
rue Jean-Baptiste Clément  
F 92290 CHATENAY-MALABRY
- o Fédération des Mutualités Chrétiennes de Tournai  
rue St-Brice, 44  
7500 TOURNAI
- o Echevinat de la Qualité de la Vie  
ville de Liège  
4000 LIEGE

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

- en écrivant ou en téléphonant à INFOR SANTE (Centre d'Information pour l'Education à la Santé), rue de la Loi 121, 1040 BRUXELLES.  
Tél. 02/230.78.90 (poste 192).
- en consultant sur place la documentation disponible (matériel didactique, livres, revues, presse). INFOR SANTE est ouvert du lundi au vendredi de 9 h. à 12 h. et de 13 h. à 16 h.

CONDITIONS D'ABONNEMENT

1 an (4 numéros) : 200 FB.

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