

Les documents renseignés dans cette rubrique peuvent être consultés au centre de documentation d'Infor Santé, rue de la Loi 121 (3ème étage), 1040 Bruxelles, du lundi au vendredi sur rendez-vous (tél. 02/237 48 53 de Maryse Van Audenhaege)

Matériel

ALIMENTATION

● Le petit déjeuner malin, Question Santé, Bruxelles, Fiches Question Santé, n°81, 09/1990, 20FB

HYGIENE BUCCO-DENTAIRE

● La Brigade Rouge et Blanc, Elida Gibbs / Fondation pour la Santé Dentaire, Bruxelles, 1990, 24p., brochure, hyb26

MALADIE

● BONTEMPS R., VAEREMANS M., DE BOCK C., Les groupes de self-help. Une idée nouvelle pour améliorer votre santé, Question Santé, Bruxelles, 1990, (Les guides verts de Question Santé), 28p., brochure, pat28

MEDICAMENT

● Les tranquillisants, utiles ou à bannir?, Question Santé, Bruxelles, Réponses, n°8, 10/1990, 14p., dossier, med25

MALADIE DE PEAU

● Le solimètre, Association contre le cancer, Bruxelles, 1990, gadget, ppe08

STRESS

● COLLET A., DELCOURT A., DE VILLENFAGNE M. et al., A 40 ans, le

stress, ma chance?, Vie Féminine, Bruxelles, 1990, 32p., 90FB, brochure, sms06

VACCINATION

● Les vaccins, Comité Pharmaceutique d'Education pour la Santé, Châtenay-Malabry (F), Info Santé, n°138, 09/1990, dépliant, vac13

● Campagne de vaccination contre la grippe, Question Santé, Bruxelles, 1990, dépliant, vac14

● Il n'existe pas de vaccin contre l'hiver. Il existe un vaccin contre la grippe, Question Santé, Bruxelles, 1990, affichette, vac15

Livres

EDUCATION POUR LA SANTE

● Répertoire des organismes actifs en éducation alimentaire, ICAN Cellule de coordination, Liège, 1990, répertoire, eps28

FORMATION / COMMUNICATION

● GOLDBERG M. et al., L'Epidémiologie sans peine (2è éd.), Paris, Eds. Frison Roche, 1990, 194p., for27

MALADIE

● Prévenir et soigner les maladies du système digestif, Bruxelles, Eds. Test Achats, 1990, 205p., 450FB, pat44

MALADIE CARDIO-VASCULAIRE

● COLOMES M. et al., Les maladies cardio-vasculaires. Les connaître - les prévenir, Comité Régional d'Education pour la Santé Midi Pyrénées, Toulouse, Informations Santé, n°102, 1990, 12FF, brochure, pco20

MEDICAMENT

● Le sport sans dopage, Comité Olympique et Interfédéral Belge / Janssen Pharmaceutica, Bruxelles, 1990, 112p., med46

PSYCHOLOGIE

● RICHARD M., Les courants de la psychologie, Bruxelles/Lyon, Eds. Vie Ouvrière / Eds. Chronique Sociale, 1990, 288p., 138FF, psy18

REGIME

● ORBACH S., Trad. DUPONT S., Maigrir: la fin de l'obsession, Québec, Eds. de l'Homme, 1988, 180p., alr31

SANTE

● FRASELLE N., La consommation médicale en Belgique. Evaluation des phénomènes de surconsommation et de malconsommation, Centre de Droit de la Consommation UCL, Louvain la Neuve / Bruxelles, Eds. Academia / Eds. Bruylant, 1990, 227p., 920FB, san84

SANTE MENTALE

● SUTTER J., Un éloge de la psychiatrie, Paris, Eds. Frison Roche, 1990, 235p., pam22

SERVICE DE SANTE

● La Santé Scolaire en question, Association Professionnelle des Médecins Scolaires, La Louvière, 1990, 119p., rapport, ssa53

TABAGISME

● Le tabagisme passif. Mythe ou réalité?, FARES / Oeuvre Belge du Cancer / Ligue Cardiologique Belge / KKAT, Bruxelles, 1990, 11p., plaquette, ast36

EDUCATION SANTÉ

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

MENSUEL (NE PARAÎT PAS EN JUILLET ET EN AOUT) NOVEMBRE 1990 ISSN 0776-2623

52

Réflexions

L'éducation pour la santé, une affaire de pros p. 3
D. Piette

● Le tabac et l'éducation par les pairs p. 12
B. Meil

Initiatives

Nouvelle enquête tranquillisants p. 33
J.L. Pestiaux, M. Marquès, F. Kester, M. Prévost, A. Peeters

Des lieux de travail sans tabac p. 37

Matériel

● Un guide pratique du Self-Help p. 38

Lu pour vous

L'amour sur un air de fa, sol, la, si, da p. 40

Les maladies du système digestif p. 41

Et notre supplément, le dossier "Réponses"

Les tranquillisants, utiles ou à bannir?

16 pages pour aborder un problème essentiel

Le Prix du Public au Festival de l'Outil Educatif p. 36



Livre d'images, à colorier pour les enfants qui reçoivent de la chimiothérapie

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.



Nous vous avons déjà présenté le programme d'action «tranquillisants» mis au point de façon concertée par plusieurs organismes actifs en éducation pour la santé dans la Communauté française de Belgique.

Vous trouverez inséré dans ce numéro d'Education Santé le dossier réalisé par Question Santé à l'intention du grand public. De l'information claire, qui met plus l'accent sur les alternatives positives que sur les avantages et les inconvénients aujourd'hui bien connus des benzodiazépines.

De même vous trouverez aussi un compte-rendu d'une nouvelle enquête sur la représentation et la consommation des tranquillisants dans notre pays, réalisée par une équipe des Mutualités Socialistes.

Ce projet tranquillisants représente non seulement une approche rigoureuse d'un important problème de santé publique, mais il illustre aussi la volonté de collaboration - parfois difficile d'ailleurs, il ne faut pas s'en cacher - de plusieurs partenaires poursuivant des objectifs éducatifs proches.

Justement, à propos de concertation, nous pouvons maintenant vous informer officiellement de ce que le Ministre de la Santé de la Communauté française, François Guillaume, a désigné les organismes qui seront amenés à gérer la coordination sur le plan local et communautaire.

Ce n'est pas une surprise: il s'agit

de la Fares en collaboration avec le Centre Interprovincial de Médecine Préventive pour la coordination communautaire; de la Fares en collaboration avec les provinces de Brabant (pour le Brabant wallon), de Liège (pour Liège, Verviers et Huy-Waremme), de Namur, du Luxembourg, avec Educa-Santé (Charleroi), Hainaut-Santé (Mons et Tournai), et Question Santé (Bruxelles).

Après deux ans de flottement et d'incertitude, nous ne pouvons que formuler l'espoir que cette décision aura pour conséquence de dynamiser l'action locale et d'améliorer la concertation générale au plan communautaire. D'ores et déjà, les pages de notre revue sont ouvertes pour témoigner des initiatives futures! Et nous espérons revenir largement sur les projets des différents intervenants locaux dans nos prochains numéros.

Pour être efficace, il faut aussi être formé. Le long texte de Danielle Piette «La professionnalisation des éducateurs pour la santé en Communauté française de Belgique» pourra contribuer à votre formation continue. L'auteur y dresse en effet un panorama des développements de l'éducation pour la santé en Belgique francophone et dans le monde pratiquement depuis le début du siècle, soulignant la lente émergence de véritables professionnels dans un domaine où la bonne volonté et l'activisme ont longtemps fait office de compétence.

Une lecture peut-être un peu aride, mais cela en vaut la peine!

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.

Tabagisme Bruxelles

8 novembre 1990

Séminaire de formation à la Gestion
du Tabagisme sur le lieu de travail.

Pour tous renseignements et inscriptions: FARES, service G.T.E., rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles, tél. 02/512.29.36 ou 512.20.83, fax. 02/512.32.73. ■

Santé mentale - troisième âge Wépion

9 novembre 1990

La Confédération Francophone des Ligues de Santé Mentale et l'Association des Directeurs de Maisons de Repos organisent conjointement le vendredi 9 novembre 1990 une journée d'études intitulée «Validation Therapy - Une approche nouvelle de la personne âgée» (ou comment décoder l'absurde..., comment redécouvrir le sens profond d'un comportement «apparemment démentiel»..., comment renouer avec la personne âgée en intégrant la globalité de son histoire...).

Cette journée s'adresse à tous les professionnels de la gériatrie: médecins, infirmier(e)s, paramédicaux, ainsi qu'aux familles qui ont des parents confus ou déments à domicile.

Le lieu: Centre culturel de la Marlagne, Chemin des Marronniers, 5150 Wépion.

Renseignements: Confédération Francophone des Ligues de Santé Mentale, rue de Florence 39, 1050 Bruxelles, tél. 02/539.03.63 - 539.03.79. ■

Tabagisme La Calamine

19 au 23 novembre

La Ligue Vie et Santé organise un Plan de 5 jours pour aider les fumeurs à arrêter de fumer.

Pour tout renseignement: Ligue Vie et Santé, rue E. Allard 11-13, 1000 Bruxelles, tél.: 02/511.36.80.

Précisons aussi qu'un répondeur vous donne en permanence le programme des Plans en Communauté française au 02/374.68.62. ■

Sida

Bruxelles

28 novembre 1990

Le IIIe Symposium National sur le Sida aura lieu au Palais des Congrès le mercredi 28 novembre 1990. Il a pour objectifs d'informer le corps médical, paramédical et psychosocial, les juristes et les enseignants sur tous les aspects du sida, et d'évaluer la situation actuelle en Belgique.

Avant-programme:
session plénière: exposé du Prof. L. Montagnier (perspectives du traitement antiviral - stratégies thérapeutiques et prophylactiques - prévention sida: un bilan);
ateliers: rôle du médecin généraliste et de l'hôpital - diagnostic des infections opportunistes - les pouvoirs publics et la prévention - home-care et buddy-system.

Renseignements: Secrétariat du «Troisième Symposium National sur le Sida», Yvette Baeten, Dirk Boden, Jan Vielfont, Nationalestraat 155, 2000 Antwerpen, tél. 03/247.63.21 ou 03/247.63.28. ■

Santé Liège

30 novembre 1990

«La Santé pour tous en l'an 2000 et les Observatoires de Santé», journée d'étude organisée par le Comité Interprovincial de Médecine Préventive de la Communauté française et la Fédération des Centres d'Etudes et de Documentation Sociales, le 30 novembre, au Palais des Congrès de Liège, Esplanade de l'Europe 2.

Objectifs et thèmes: réflexion autour des Observatoires de Santé, buts fixés par l'OMS pour la santé en l'an 2000, indicateurs de santé et indicateurs sociaux, etc.

Renseignements: Fédération des C.E.D.S., rue Martine Bourtonbourt 2, 5000 Namur, tél. 081/73.55.54 extension 382. ■

Sida - femme Liège

11 décembre 1990

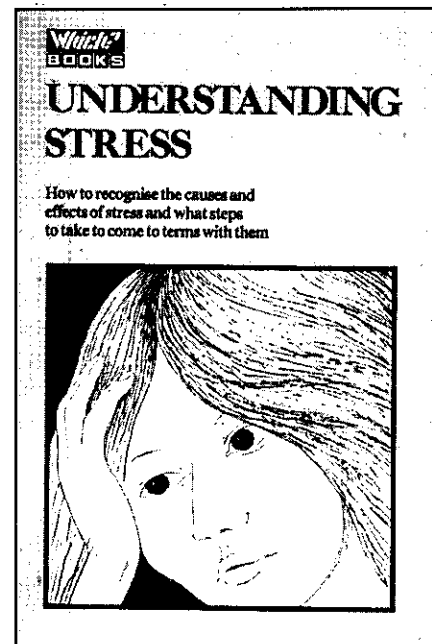
La Croix-Rouge de Belgique et le Centre de Référence Sida organisent un symposium sur le thème «Femmes et sida».

Lieu: Palais des congrès, Esplanade de l'Europe 2, 4000 Liège.

Inscriptions avant le 15 novembre (1500FB) au secrétariat du symposium, Centre de Référence Sida, boulevard de la Constitution 95, 4020 Liège.

Renseignements: Centre de Référence Sida ULg, Docteur D. Sondag-Thull, 041/43.41.75 - 30.75.46, ou Croix-Rouge de Belgique, Madame V. Delegher, chaussée de Vleurgat 98, 1050 Bruxelles, tél. 02/645.46.62. ■

deuil, conditions de travail, perte d'emploi.



Les manières de réagir aux différents stress sont expliquées d'une façon détaillée. Le tabac, la boisson, les médicaments peuvent en dissimuler les symptômes mais n'influencent pas les vraies causes du stress. Par contre, des changements d'attitude, de l'exercice ou du sport, des techniques de relaxation et de méditation peuvent empêcher une accumulation de stress dommageable pour la santé.

Understanding stress, published by Consumer's Association and Hodder & Stoughton, 1988, 188 p.

Le sport sans dopage

Avec les grandes compétitions sportives de l'été, on a reparlé de ces cas de dopage, de ces athlètes qui, pour améliorer leurs performances, pour lutter contre la tension nerveuse, accroître leur force musculaire ou diminuer la fatigue, utilisent des substances médicamenteuses. Un scandale qui éclate de temps en temps au grand jour,

qu'est-ce que cela représente par rapport aux nombreux sportifs se dopant régulièrement?

Le Comité Olympique et Interfédéral Belge vient de rééditer «Le sport sans dopage», une brochure d'information sur les principales substances interdites ou autorisées pour les sportifs.

Ce document s'adresse principalement aux médecins, pharmaciens et «spécialistes en matières sportives», le COIB étant convaincu que tous peuvent jouer un rôle dans la prévention et l'action éducative contre le dopage.

En introduction, la brochure reprend quelques informations sur le contrôle antidopage, les lois et règlements en Belgique, la procédure de prélèvement d'échantillons d'urine qui feront l'objet de l'analyse. Suit alors le gros morceau, constitué en fait de trois listes: une liste des médicaments répertoriés selon leur classe thérapeutique et rangés parmi les produits autorisés ou interdits; une deuxième liste, alphabétique, des médicaments contenant des substances interdites; une troisième liste enfin reprenant les noms génériques des composants actifs considérés comme dopants selon les réglementations existantes.

Cette brochure est soutenue par Janssen Pharmaceutica.

Le sport sans dopage, Comité Olympique et Interfédéral Belge / Janssen Pharmaceutica, Bruxelles, 1990, 112p. La brochure peut être demandée gratuitement au COIB, avenue de Bouchout 9, 1020 Bruxelles, tél. 02/479.19.40.



Comment manger équilibré

Il faut manger équilibré, nous dit-on souvent, connaître les aliments et leur composition en glucides, lipides, protides, vitamines, etc. Mais quand on est obèse, que l'on a «du cholestérol» ou quand on est diabétique, on doit suivre un régime, on ne peut pas se permettre de manger équilibré puisqu'on ne peut pas manger de tout!

Si, nous répond l'auteur de «L'Équilibre alimentaire», qui insiste sur le fait qu'une alimentation équilibrée constitue une partie essentielle du traitement de ces maladies dites «de civilisation».

Bien sûr, il faudra adapter ses habitudes alimentaires, choisir tel glucide ou tel lipide plutôt que tel autre. Il faudra diminuer la ration lipidique, augmenter la ration quotidienne en glucides lents. «La nutrition n'est pas affaire de calories, car elles peuvent être bonnes ou mauvaises; elle est affaire d'équilibre.»

Chapitre après chapitre, Patrice Henrotte détaille les menus quotidiens pour chaque affection, signale les pièges, explique comment combiner le «traitement» alimentaire et le traitement médicamenteux.

Un ouvrage que l'auteur destine à la fois au grand public et aux médecins qui, selon lui, oublient un peu trop souvent qu'une «ordonnance comporte deux parties: la première relative aux conditions de l'environnement, et la seconde spécifiquement consacrée à la médication».

P. HENROTTE, L'Équilibre alimentaire, Surpoids, diabète, maladies des lipides, Paris, Eds. Frison-Roche, 1989, 175p.

Réflexions

La professionnalisation des éducateurs pour la santé en Communauté française de Belgique

1. Introduction

Comme partenaire d'un projet de réflexion autour des questions éthiques (dont nous vous parlerons bientôt), il m'a semblé intéressant de faire le point sur le processus de professionnalisation de l'éducation pour la santé dans la Communauté française de Belgique. Les deux sources d'informations pour cet article sont d'une part les articles sur la professionnalisation parus dans la littérature scientifique et d'autre part l'expérience de terrain acquise lors de mon travail au GERM et plus récemment, par le contact régulier avec des équipes de base.

Cet article présente une image de l'éducation pour la santé et des éducateurs dont je reconnais en partie la subjectivité. J'évoque des hypothèses ou je propose des explications en étant bien consciente que d'autres peuvent suggérer d'autres facteurs. Je dénonce certaines faiblesses en taisant ce qu'elles peuvent avoir de positif car il est évident que rien n'est tranché. Si je suscite une réflexion ou un débat, j'aurai atteint mon but.

2. Historique de l'éducation pour la santé en Communauté française

L'éducation pour la santé a connu un développement impressionnant

en Communauté française de Belgique où les projets soutenus financièrement par le Ministère de la Santé sont passés de 2 en 1975 à près de 100 en 1985 (Mintiens 1985, 1986). Le budget lui aussi a connu un accroissement semblable puisqu'il est passé de 6,4 à 90 millions. Depuis 1981, le nombre de demandes de financement excède les possibilités budgétaires. On ne peut toutefois pas résumer les efforts de la Communauté française aux projets qui ont émergé à l'article budgétaire de l'éducation pour la santé. Une estimation des secteurs subventionnés engagés au moins partiellement en éducation pour la santé montrait en 1976 que la somme consacrée à cette discipline était au moins cinq fois plus importante que la somme inscrite à l'article budgétaire. A cette somme, il convient d'ajouter encore les efforts privés qui dans certains cas peuvent être considérables et dans certains cas égaler le montant attaché à l'Article Budgétaire «Éducation pour la Santé».

La politique d'accroissement du parc des organismes et de leur soutien financier par le ministère de la santé a été taxée de «politique du saupoudrage» (Henkinbrant 1983, anonyme 1984). Cette critique implique d'une part que des financements attribués sont trop faibles pour assurer une stratégie efficace et d'autre part, qu'il ne restait plus assez de subsides pour ceux qui désiraient développer des projets plus coûteux ou avec une couverture étendue à toute la Communauté.

L'analyse ainsi que les déclarations des responsables politiques révèlent une partie de la logique institutionnelle qui sous-tend les choix politiques à cette époque: soutien au développement des initiatives afin de favoriser le développement d'une tradition d'éducation pour la santé dans divers champs d'action (écoles, médecine générale, soins à domicile, hôpital, etc.); tentatives d'augmenter le budget en récupérant de l'argent dans des secteurs devenus partiellement obsolètes; soutien des initiatives privées pour combler les lacunes du secteur public (Mintiens 1984, 1985, 1986).

Une autre hypothèse concernant cette situation réside dans le manque de politique d'éducation pour la santé de la part des décideurs, ainsi que dans leur ignorance des critères de qualité de la discipline et dans leur désir de ne pas voir certains organismes construire et défendre un monopole de fait sur une base d'ancienneté plutôt que sur des critères d'efficacité ou d'efficience, peu introduits en Belgique.

Un résultat de cette politique de saupoudrage est la multiplication de travailleurs temps plein travaillant de manière plutôt isolée et clairement concurrente au niveau des demandes de budget. Les équipes se sont spécialisées soit au départ des ASBL, soit au sein d'organismes tels que les universités ou les mutuelles. Les premières coordinations, raisons d'être d'ASBL ou buts suggérés par le ministère (Mintiens, op. cit.) sont thématiques; elles

était sollicitée (sugar-coated facts). Une deuxième vague d'activités s'est développée vers 1930 et concernait le travail communautaire (principe: apprentissage à travers la participation). En 1937 paraît une première définition du rôle et des fonctions des éducateurs. Ce premier manifeste est revu en 1943 et 1948. En 1960, SOPHE (Society for Public Health Education) et APHA (American Public Health Association) publient conjointement des propositions de formation en éducation pour la santé afin de s'adapter aux nouvelles directions empruntées par la profession. Les 14 études menées entre 1949 et 1970 afin de cerner les activités entreprises par les éducateurs pour la santé montrent un glissement d'intérêt vers l'écologie et les droits de l'homme. Les premières questions sur «l'accountability» apparaissent. Ce concept introduit la notion de «rendre compte» de ces activités aux autorités responsables.

Aux Etats-Unis, les différentes propositions de méthodologie ou de formation issues des associations nationales n'empêchent pas Squyres (1982) de dire qu'on observe encore un manque de définition de critères de qualité dans les formations. Il suffit en effet que les écoles qui deviennent responsables d'une formation soient déjà accréditées dans d'autres domaines pour bénéficier automatiquement d'un label de qualité pour la formation nouvelle, quelle que soient les compétences réelles des enseignants.

SOPHE joue, pour les éducateurs pour la santé, un rôle similaire à celui que remplit pour les médecins l'Association Médicale britannique, c'est-à-dire, un rôle de défense professionnelle basée sur le développement des compétences plutôt qu'une action similaire à celle des syndicats. SOPHE assure donc un contrôle de la qualité des interventions des éducateurs ainsi qu'une

publicité continue et cohérente de l'utilité des éducateurs.

L'importance d'une association professionnelle comme SOPHE n'échappe à personne et Heathcote (1990) réclame un tel réseau pour le Royaume-Uni. Le rôle de ce réseau serait de compenser par ses activités le manque de support que les éducateurs pour la santé peuvent rencontrer dans leur travail. Le partage d'expériences serait un des moyens d'assurer une formation continue des professionnels. Enfin, ce réseau serait chargé d'assurer toutes activités susceptibles de favoriser le développement professionnel de l'éducateur pour la santé.

Au Royaume-Uni, il existe depuis 1982 une association professionnelle qui, comme les 3 précédentes qu'elle a remplacées, ne concerne que les éducateurs de «District» (Society of Health Education Officers; Macdonald 1986). En 1981, une des associations proposait déjà une série de dimensions de l'éducation pour la santé à la réflexion de ses membres: prévention VS éducation; éduquer VS conseiller; coordonner les initiatives VS les initier; etc (Guild of Health Education Officers 1981). La Société des Educateurs pour la Santé de District demande aux autorités de considérer le problème de formation et de carrière des éducateurs pour la santé de district.

En 1986, l'Association diffuse largement un code de conduite éthique à l'attention de ses membres. Ce code propose quatre points: (1) protection de la population vis-à-vis des interventions éducatives inutiles, contre-productives, invasives; (2) protection des éducateurs pour la santé vis-à-vis de leur employeur si celui-ci va à l'encontre du point 1; (3) définition de critères de qualité de l'action éducative en santé; (4) formation et échange d'expériences

(Macdonald 1986).

Bien que beaucoup plus court que le code éthique publié par SOPHE en 1973 (Breckon, ed., 1985), le code britannique présente les mêmes caractéristiques de renforcer le professionnalisme des éducateurs en assurant une formation de base et une formation continue, en proposant une éthique de l'intervention et en soulignant le caractère scientifique de la profession.

L'éducation pour la santé n'échappe donc pas à la professionnalisation. Notons que Macdonald & al. (1986) différencient professionnalisme de «professionnalisation»: le premier concept concerne l'assurance de qualité de l'acte professionnel alors que le deuxième véhicule des aspects de rupture, de distance vis-à-vis du public, de mystification; toutes choses qui, selon les auteurs, sont opposées à ce que doit être l'éducation pour la santé.

Flexner a défini 6 critères de professionnalisation du travail social qui s'appliquent également au domaine de l'éducation pour la santé (Simnett 1982). Ces critères sont: la combinaison d'un travail intellectuel couplé à une responsabilité individuelle de ce travail; l'utilisation de techniques dérivées de disciplines scientifiques et acquises par la formation; un but pratique qui se définit progressivement; une pratique professionnelle qu'il est possible de transmettre par une formation; la tendance à l'auto-organisation de la profession; le développement d'un intérêt pour les questions éthiques.

Hickson et Thomas (1959) ont étudié le développement de la professionnalisation de 43 professions et observent les caractéristiques suivantes du processus: accroissement du nombre de professionnels qui travaillent à temps plein; diminu-

pays les régions qui valent le voyage ou celles qui méritent un détour.

Voici aujourd'hui les Guides Verts de Question Santé, dont l'ambition est de «répondre aux questions que pose la santé au quotidien».

Cette nouvelle collection commence modestement avec une petite brochure pratique introduisant «une idée nouvelle pour améliorer votre santé». Ce bref tour d'horizon du Self-Help, après un rappel du concept, aborde des points aussi élémentaires et importants que la constitution du groupe, ses besoins, ses relations avec les professionnels, la conduite du groupe, etc...



Un outil de référence au format de poche qui est le complément idéal de l'«Inventaire des groupes d'entraide dans la Communauté française de Belgique», dont une deuxième édition sera d'ailleurs bientôt disponible.

A noter aussi la parution d'un deuxième Guide Vert Hors Série, une nouvelle version du «Corps Alerté». Mais la totalité du tirage de cet ouvrage ayant été achetée par une compagnie d'assurance, il n'est disponible que pour les clients

potentiels de cette compagnie. Soulignons pour terminer la lisibilité de la maquette et le soin apporté à la réalisation des couvertures. Cela augure bien des futurs «vrais» Guides Verts de Question Santé!

Les Groupes de Self-Help, brochure de 28 pages disponible à Question Santé, rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles, tél.: 02/512.41.74. Prix: 50 FB (gratuit pour les membres de Question Santé).

Maladies cardio-vasculaires. Les connaître, les prévenir

Le Comité Régional d'Education pour la Santé de Midi-Pyrénées publie dans sa collection «Informations Santé» (dans laquelle était paru l'an passé le «Guide méthodologique d'actions d'éducation pour la santé en milieu scolaire à partir d'expériences conduites en Midi-Pyrénées») un nouveau dossier, cette fois plus directement destiné au grand public, sur les maladies cardio-vasculaires.

Hypercholestérolémies, hyperten-

sion artérielle, tabagisme, diabète sucré, surcharge pondérale, en quelques pages nous faisons le tour des facteurs de risque et des moyens de prévention de l'athérosclérose et de ses complications.

Les maladies cardio-vasculaires. Les comprendre - les prévenir, Informations Santé n°102, 1990, brochure disponible au Comité Régional d'Education pour la Santé de Midi-Pyrénées, allée de Barcelone 90, F-31000 Toulouse, au prix de 12FF.

10 ans d'APES, cela se fête!

Après le Centre d'Education du Patient c'est au tour de l'Association pour la Promotion de l'Education pour la Santé (APES) de célébrer ses dix ans.

Pour joindre l'utile à l'agréable, Michel Demarteau et son équipe ont eu l'idée d'inviter François Baudier en leur bonne ville de Liège

Pour ceux qui l'ignorent, François Baudier, médecin spécialisé en santé publique et nutrition, est Directeur du Comité Départemental d'Education pour la Santé du Doubs et du Service d'Hygiène et de Prévention de la Ville de Besançon. Entre autres réalisations de qualité, il est l'auteur d'un remarquable «Guide pratique d'éducation pour la santé» (1987).

Il animera une conférence-débat sur la méthodologie d'un projet global de promotion de la santé à l'échelle d'une ville, sous le titre alléchant de «Un défi méthodologique: Besançon sans tabac!».

Venez y nombreux, les absents auront sûrement tort!

La date: 13 décembre 1990.

L'heure: 10 heures 30.

Le lieu: Palais des Congrès, Esplanade de l'Europe 2, 4000 Liège.

La participation aux frais: c'est gratuit.

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

Choisir le goût de la santé

La Ligue Cardiologique Belge a organisé du 15 au 21 octobre 1990 sa 11ème Semaine du coeur. Comme l'an passé, elle en a fait un «Food Festival», sous le slogan «Choisissez le goût de la santé». La campagne reposait sur une diversification des actions et des modes de distribution de documents informatifs.

Tout d'abord, comme lors de la Semaine du coeur précédente, une vaste campagne d'affichage a été mise sur pied dans les grands magasins Delhaize, et dans de nombreux petits magasins de quartier.



La Ligue a édité à cette occasion une brochure intitulée «Le guide du goût de la santé», reprenant en trois chapitres le choix des aliments, leur mode de préparation et la bonne dépense énergétique, ainsi que quelques recettes. Cette brochure est mise à la disposition de l'ensemble des médecins pour distribution à leurs patients. Elle contient aussi un tableau de la teneur en cholestérol des aliments, indiquée par des barres de longueurs variables. Le principe graphique est

intéressant, mais mal appliqué, les barres ne correspondant pas aux valeurs chiffrées. Par exemple, celle du poisson maigre (50 mg) fait 1mm, et celle du homard (100 mg) fait 23 mm. Dommage!

Enfin, le «Food Festival News» est un vrai journal de 8 pages, proposant à ses lecteurs des interviews exclusives des vedettes belges du monde politique, économique, culturel, gastronomique, sportif, ... concernant leur comportement alimentaire. Un grand jeu concours doté de prix alléchants les y attend (attention: date limite de participation le 16 novembre 1990). Ce journal apporte à l'action de la Ligue une petite note de fantaisie bienvenue.

Seca, un nouveau sponsor en éducation pour la santé

D'après la Société Européenne des Carburants, ce nouveau partenariat avec la Ligue Cardiologique Belge s'inscrit dans la politique de SECA qui veut contribuer à faire des années nonante celles de la «qualité de la vie».

«Une priorité de SECA est de contribuer à l'amélioration de notre environnement par la recherche et la distribution de produits non-polluants - tels ses essences sans plomb - ainsi que le développement et l'application de techniques anti-pollution et de sécurité (les citernes à double paroi par exemple) allant au-delà des normes légales.»

Pour SECA, l'adéquation de ses objectifs et la complémentarité de ses domaines d'application avec ceux de la Ligue devaient logiquement en faire des partenaires privilégiés.

Intéressant!

Tous les documents peuvent être obtenus gratuitement dans les grandes surfaces Delhaize et les stations-service Seca, ou auprès de la Ligue Cardiologique Belge, en joignant un billet de 100FB pour frais d'expédition.

Renseignements: Ligue Cardiologique Belge, rue des Champs Elysées 43, 1050 Bruxelles, tél. 02/649.85.37.

Stress à 40 ans

Une nouvelle brochure sur le stress, qui s'adresse à un public précis: les femmes de la quarantaine. Elles sont aux prises avec des facteurs stressants particuliers, les premiers signes du vieillissement, le départ des enfants, la recherche d'un travail, les relations avec leurs enfants presque adultes, leurs parents âgés, l'accueil de leurs petits-enfants...

Vie Féminine a voulu faire de cette petite brochure «un recueil d'informations qui amènent un questionnement personnel... quel est mon stress à 40 ans, comment m'offrir des stress positifs pour rester ou (re)devenir active, créative, bien vivante?»

«A 40 ans, le stress, ma chance?», disponible à Vie Féminine, rue de la Poste 111, 1210 Bruxelles, tél. 02/217.29.52, au prix de 80FB.

Les groupes de Self-Help

Les Guides Verts, cela vous dit quelque chose? Vous connaissez sans doute ces petits ouvrages pratiques vous indiquant pour un

tion d'intérêt pour la maîtrise des techniques au profit d'une préoccupation pour la qualité; accroissement de l'efficacité de l'organisation par la coordination nationale et locale des actions; la recherche d'une protection légale et même d'un monopole d'exercice; la définition d'un code d'éthique.

La synthèse de ces articles et études permet de grouper les caractéristiques décrivant une profession en 5 catégories:

- la formation qui introduit le futur professionnel dans les connaissances, les théories et les techniques qui forment la base de la discipline;
- le temps plein consacré à cette profession et l'engagement personnel qui l'accompagne;
- la tendance à l'organisation entre collègues et à l'adoption de signes ou de symboles qui marquent l'appartenance à un groupe spécifique;
- la responsabilité et l'autonomie liées à l'acquisition d'une compétence et à la reconnaissance de cette compétence par les autres groupes professionnels;
- la définition d'un code éthique propre à la profession.

Tones (1974) remarque que l'apparition du professionnalisme est une étape importante du développement d'une profession même si cela signifie souvent, dans une étape ultérieure, un développement de forces conservatrices au sein de la profession.

En Communauté française de Belgique, le processus de professionnalisation est relativement récent par comparaison avec les pays anglo-saxons. Il se produit toutefois actuellement avec, comme conséquence, une rupture relative entre les équipes.

6. Professionnalisation de l'éducation pour la santé en Communauté française de Belgique

6.1. LES DIMENSIONS DE LA PROFESSIONNALISATION EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE DE BELGIQUE

Trois critères sont examinés pour décrire et analyser le processus de professionnalisation. Ce sont: le niveau de réalisation du travail, l'engagement en terme de pourcentage du temps de travail, le degré de formation spécifique.

6.1.1 Le niveau de réalisation du travail

A la fin du siècle dernier, en Communauté française comme dans le reste de l'Europe, l'éducation pour la santé s'est développée au départ des activités locales et ponctuelles réalisées par exemple, dans une consultation de nourrisson, une vitrine de pharmacie, un dispensaire ou une classe. Ces activités concernent le niveau individuel ou infra-local (travail d'un professionnel ou d'une équipe).

Ce n'est que dans un deuxième temps que certains éducateurs sont devenus des personnes ressources ou des responsables de l'ensemble des activités d'éducation pour la santé au sein de leur école, des dispensaires ou des familles avec de jeunes enfants dans l'ensemble de leur quartier. Il s'agit d'une activité locale impliquant un travail de coordination ou de collaboration avec d'autres professionnels. C'est le niveau le plus souvent qualifié de «communautaire» dans la littérature.

D'autres peuvent être amenés à coordonner, planifier, accompagner ou évaluer les activités locales à un niveau régional comprenant de 100 000 à 500 000 personnes (le «District»). Enfin, on observe le niveau «Communautaire» lié au contexte Belge, similaire à la «Région» bri-

tannique ou à la zone de fusion des équipes éducatives de plusieurs départements français. Enfin, on décrit le niveau national, régional (dans le sens des régions de l'OMS) et mondial.

Nous ne pouvons pas, en Communauté française, utiliser les concepts internationaux suite à notre utilisation particulière du terme communautaire et local (dans «commissions locales de coordination» par exemple). Dans cet article, les concepts retenus sont donc, par ordre de taille croissant: infra-local, résidentiel (la «communauté» d'une école, d'un quartier, d'une entreprise), local (le district), Communautaire (région), national, régional (Europe) et mondial.

La considération du niveau de travail des éducateurs pour la santé est importante en ce sens que des compétences spécifiques sont attachées aux activités qui se réalisent avec ou sans le contact avec le public. En effet, le contact direct établi par un éducateur pour la santé (niveau infra-local ou résidentiel) avec la population qu'il connaît bien permet un feed-back rapide et continu et donc un ajustement pertinent des interventions entreprises. Cette relation est impossible sous la même forme avec une communauté plus large.

Un responsable local de l'éducation pour la santé peut travailler temps plein sur l'étude des besoins, la mise en place d'un centre de ressources pour les éducateurs (niveau infra-local et résidentiel), la coordination des activités, l'estimation de la couverture des services ou l'évaluation, sans avoir jamais de contact avec le public. Des méthodes et moyens existent pour l'aider dans son travail. Ils sont différents de ceux employés au niveau infra-lo-

cal ou résidentiel; ils se maîtrisent à travers une formation et des stages.

De la même manière, un éducateur pour la santé en contact avec la population doit posséder d'autres compétences, particulièrement dans le domaine de la communication (exemple: écoute active, verbalisation d'un message scientifique en termes simples).

6.1.2 L'engagement professionnel

La réalisation des activités éducatives est, pour des professionnels comme des médecins généralistes, des infirmières hospitalières ou sociales, des enseignants, des travailleurs sociaux, des pharmaciens, une tâche parmi d'autres: l'infirmière continue de s'occuper des dossiers et de la santé physique des nourrissons, le pharmacien de la gestion de son officine et le professeur, de l'enseignement des matières au programme, le médecin généraliste ou spécialiste, du traitement de ses patients. L'éducation pour la santé est intégrée dans un ensemble de fonctions; elle fait partie de la routine des activités et ne s'en démarque pas; elle est «banalisée». Par conséquent, ces éducateurs pour la santé sont qualifiés de «banalisés».

Le choix du concept est un peu triste parce que certains y voient un aspect péjoratif de quelque chose de commun, de peu original, de peu important. Ce terme est pourtant préférable à celui de relais car «relais» nie toute possibilité d'action propre, d'initiative, de créativité au niveau du diagnostic de la situation ou de la sélection d'une stratégie d'action. Or, ces qualités sont nécessaires. Le choix du concept «éducateur banalisé» souligne la fonction éducative de professionnels qui ne sont pas perçus par la population comme des éducateurs venus délivrer leur message santé. Les éducateurs pour la santé bana-

lisés sont heureusement nombreux; ils sont en contact direct et continu avec la population et ils ont souvent établi des relations de confiance avec elle; sans les éducateurs pour la santé banalisés, aucune action d'envergure n'est possible car ils représentent la trame solide, riche et stable du réseau des éducateurs pour la santé. Dans la Communauté française, la collaboration avec les éducateurs pour la santé banalisés devrait être considérablement développée et l'importance de leur participation devrait être davantage mise en valeur.

Les éducateurs pour la santé qui consacrent l'entièreté de leur temps de travail aux actions éducatives sont qualifiés de «spécialisés». Ce terme prête lui-aussi à confusion car il fait entendre que l'éducateur a des compétences particulières qu'il a acquises lors d'une spécialisation. Ce n'est pas toujours le cas. Nous ferons donc la distinction entre éducateurs formés (travaillant à temps plein ou à temps partiel) et éducateur spécialisé (formé ou non, travaillant à temps plein).

6.1.3 Le degré de formation spécifique

La spécificité de l'éducation pour la santé repose sur deux types de compétences. Tout d'abord, le passage de la définition d'un objectif santé à un objectif pédagogique et ensuite, l'intégration harmonieuse et cohérente de modèles, théories ou moyens appartenant à d'autres disciplines.

La définition d'un objectif pédagogique au départ d'un objectif (ou d'un but) sanitaire requiert une analyse, un diagnostic et une décision qui sont spécifiques à la démarche de l'éducation pour la santé.

La sélection, l'adaptation et l'intégration d'éléments d'autres disciplines représentent la deuxième partie de la spécificité de la démarche éducative en santé. Il n'est ni

nécessaire, ni d'ailleurs possible d'être à la fois psychologue, épidémiologiste, statisticien, anthropologue, journaliste, intervenant social, pédagogue, animateur, planificateur, économiste, politologue, publicitaire, etc. Pourtant, des éléments de ces disciplines ou techniques sont nécessaires à la définition, à la réalisation ou à l'évaluation d'interventions éducatives. L'éducateur pour la santé doit donc être à même d'utiliser judicieusement une discipline ou des éléments de cette discipline au moment le plus pertinent.

Comme déjà mentionné précédemment, il semble qu'au niveau infra-local et résidentiel, la compétence en communication occupe une place essentielle dans le profil de l'éducateur pour la santé (ex: écoute active dans l'entretien individuel, animation de réunion). Les activités comprenant la planification, l'épidémiologie, la compréhension (ou l'utilisation) des statistiques, la psychosociologie, etc. sont surtout sollicitées à partir du niveau local (district). Des compétences en communication (usage des médias) sont également utiles pour remplir certaines fonctions au niveau de la Communauté.

6.2 LES PROBLÈMES LIÉS AU DÉVELOPPEMENT DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ DANS LA COMMUNAUTÉ

6.2.1 Les deux modes de professionnalisation

Dans la Communauté française, tout se passe comme si l'apparition du professionnalisme en éducation pour la santé se déroulait selon deux modes parallèles: une «professionnalisation» par une augmentation du volume des activités, une autre «professionnalisation» par l'accumulation des connaissances, méthodes et techniques.

L'augmentation importante du budget «éducation pour la santé» a

Ces récompenses devraient être un encouragement pour les institutions désireuses de produire des outils bien conçus, bien ciblés, bien réalisés, ce qui est loin d'être le cas aujourd'hui à juger l'ensemble des participants...

Un petit regret quand même pour terminer, le choix de l'abbaye de Floreffe comme cadre de ce Congrès. Ce lieu par ailleurs prestigieux n'était vraiment pas adapté à ce type d'événement. C'est dommage vu les efforts considérables déployés par l'équipe du Centre d'Education du Patient pour faire de la célébration de cet anniversaire un événement mémorable.

Ado acné

«Récemment Lederle s'est interrogé sur la perception qu'avaient les jeunes de l'acné. Une campagne de conscientisation organisée au Royaume-Uni et qui visait aussi bien les teenagers que les médecins a été très bien accueillie.

Fort de ce succès, Lederle réitère cette action informative en Belgique et déploie à l'intention des différents publics concernés (adolescents, médecins, pharmaciens) toute une panoplie de vecteurs de communication. Dans un langage adéquat, il témoigne de son constant souci de rigueur scientifique et d'implication dans l'information médicale. Une vocation éducative qui contribue sans nul doute à l'amélioration de l'art de guérir.»

Au départ de cette ambitieuse campagne, une enquête réalisée l'an dernier auprès des jeunes de 14-17 et 18-20 ans et des parents, médecins, pharmaciens et enseignants sur la perception de l'acné. On apprend ainsi qu'il circule beaucoup d'idées fausses au sujet de l'acné; que 63% des adolescents souffrent ou ont souffert de problèmes de boutons; que la plupart

d'entre eux font quelque chose pour y remédier, le plus souvent par automédication, et avec une satisfaction toute relative. On découvre aussi que les médecins, généralistes et dermatologues, ont une opinion positive de l'emploi des antibiotiques pour traiter l'acné, et qu'ils sont prêts, dans leur immense majorité, à jouer le rôle d'informateur auprès des adolescents.

Bien entendu, le but de l'opération n'est pas uniquement de «tuer les mythes de l'acné et mieux informer les jeunes». Il s'agit aussi secondairement de vendre plus de Mino 50, un antibiotique de la famille des tétracyclines spécialement dosé pour le traitement de certaines formes d'acné. Une campagne de publicité dirigée vers les prescripteurs a d'ailleurs lieu en même temps que la campagne d'information des adolescents.

Lederle/Cyanamid Benelux, Rue du Bosquet 15, 1348 Mont-Saint-Guibert, tél.: 010/45.17.11.

Lieux de travail sans tabac

C'est à l'initiative de la Fares qu'un service de Gestion du Tabagisme en Entreprise (GTE) a été créé pour fournir aux entreprises l'assistance professionnelle nécessaire pour gérer le phénomène du tabac sur le lieu de travail.

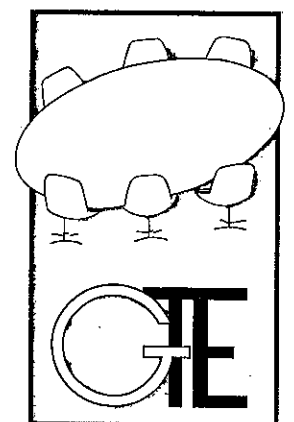
Des problèmes de convivialité, une prise de conscience des dangers du tabac, une proportion croissante de non-fumeurs, l'intérêt des dirigeants sont autant de réalités soulignées par une vaste enquête réalisée en avril 1990 en entreprises.

Seule une action concertée permettra l'évolution favorable de comportement attendue par la majorité du personnel des entreprises belges.

C'est ce que propose GTE. Son rôle consiste à conseiller, organiser, concevoir et mettre sur pied des réponses aux attentes et besoins de chacun dans l'établissement d'une politique non-fumeur.

Le programme GTE vise à induire une modification du comportement vis-à-vis du tabac. Un respect mutuel dans une atmosphère plus saine devrait être l'attitude dominante dans les entreprises. Tous les membres du personnel sont impliqués dans ce projet qui devient leur projet. Le changement vis-à-vis du tabagisme devient ainsi l'affaire de l'entreprise et non plus une action sur le lieu de travail. La nuance est essentielle.

Ce que les Anglo-saxons appellent un «Smoke-free Workplace» offre de multiples avantages dont la protection de la santé des travailleurs est le plus important. En outre, il ne faut pas négliger la réduction des frais d'entretien et de conditionnement d'air, la protection de l'investissement de l'entreprise en ressources humaines (absentéisme moins grand), la protection de l'outil de production, la réduction des risques d'incendie, l'amélioration de l'ambiance de travail, et de l'image de marque de l'entreprise.



Pour tous renseignements: Fares - Service GTE, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles, tél.: 02/512.29.36 ou 512.20.83. Une brochure expliquant le programme peut y être obtenue.

exposant des livres d'images et de contes pour enfants, tels certaines librairies ou la Ligue des Familles ont emporté de nombreux suffrages.

Une belle initiative à renouveler certainement, peut-être dans un lieu se prêtant mieux à la «foire». En effet, la disposition des stands dans les couloirs du centre IMS avait un caractère un peu tristounet, occultant la fonction de lieu de rencontre d'un tel événement.

10 ans d'éducation du patient

Le Centre d'Education du Patient a soufflé ses 10 bougies d'une manière spectaculaire en faisant de son 7ème Colloque un véritable Congrès International en Information et Education du Patient.

Après deux journées très denses de séminaires résidentiels centrés sur d'une part les besoins et demandes en formations et d'autre part sur le délicat problème de l'adhésion au traitement, l'apothéose fut la journée du 6 octobre, animée par de très nombreuses interventions qui laissèrent à peine le temps de respirer aux quelque 250 personnes présentes à Floreffe.

On était en tout cas impressionné par la qualité et le nombre des invités étrangers venus témoigner de leurs expériences en matière d'éducation du patient. Il faut d'ailleurs noter que le Centre d'Education du Patient est depuis peu le correspondant officiel de l'International Patient Education Council (IPEC) en Belgique. Une manière de reconnaissance officielle de son rôle de pionnier dans notre pays.

Nous ne reviendrons pas ici sur ces présentations, résumées dans le n°

3/90 du BEP (Bulletin d'Education du Patient) remis le jour même aux participants, et qui seront publiées in extenso dans le prochain numéro du BEP. Toutefois, il nous plaît de souligner ici les qualités humaines de l'exposé du Dr Creplet, cardiologue au Centre Hospitalier J. Bracops, qui sur le thème de la «contribution du patient à la décision médicale», a défendu avec beaucoup de sensibilité la notion de «décision partagée», en replaçant la question du choix thérapeutique dans son contexte éthique. On était aux antipodes de la chirurgie ultra-technique et aussi d'une sociologie de l'éducation du patient parfois tout autant aride.

Le festival de l'outil éducatif

Dans le cadre du colloque, les responsables du Centre d'Education du Patient ont eu l'idée d'organiser un concours d'outils éducatifs, qu'ils soient scripto-graphiques ou audio-visuels. Initiative originale et courageuse, vu le petit nombre de créations récentes de très bonne qualité pédagogique, communicationnelle et technique.

Trois prix ont été décernés.



Le Prix du Jury

Le prix du jury est revenu à la brochure «Le stress, et si on s'arrêtait», de Jean-Louis Pestiaux et Manuela Marquès, une édition du Service Promotion de la Santé de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes. Nous avons déjà présenté cet excellent document dans notre numéro de septembre (page 41).

Le prix du Centre d'Education du Patient est revenu à un vidéogramme de la Cité de la Santé de Laval (Québec), réalisé en 1986 par Denis Hade et traitant du «Soin des pieds» chez les diabétiques. Sujet très classique en éducation du patient, mais traité avec un humour bienvenu, le message étant délivré par ...deux chiens, placés à bonne hauteur pour juger de la question.

Enfin, le prix du public est revenu à la brochure «La chimiothérapie, qu'est-ce?», un livre d'images à colorier pour les enfants qui recourent de la chimiothérapie. Une réalisation simple mais efficace d'une équipe d'infirmières et infirmiers de l'Akademisch Ziekenhuis de la VUB, Geert Verduyssen, Jean-Pierre Willems, Nora Lochie, Christel Segaert et Freddy Raeymaekers, en collaboration avec l'Oeuvre Belge du Cancer.

permis à des éducateurs pour la santé de certaines institutions de développer leurs activités jusqu'à un temps plein. Ces éducateurs ont alors, pendant la totalité de leur temps professionnel, rempli les fonctions qui étaient les leurs lorsqu'ils étaient des éducateurs pour la santé banalisés. Ils ont continué à porter leur attention sur la réalisation d'activités locales ou d'éducation pour la santé individuelle avec les mêmes méthodes qu'auparavant. Dans ce cas, il s'agit d'une professionnalisation par augmentation du volume des activités.

D'autres éducateurs pour la santé se sont formés ou ont suivi une formation en éducation pour la santé et cela, par décision personnelle et/ou par tradition institutionnelle (principalement mais pas exclusivement les universités). Toutes ces personnes ne consacrent pas toujours l'entièreté de leur temps professionnel à l'éducation pour la santé mais elles ont modifié leur manière de travailler. Il s'agit ici d'une professionnalisation par amélioration de la qualité des actions.

Une première hypothèse est qu'il n'y a pas de relation automatique entre les deux types de professionnalisation. Cela s'observe notamment lors de l'élargissement des fonctions de certaines équipes qui se voient confier des responsabilités au niveau de la communauté («public health education») mais qui continuent à travailler dans une approche de type résidentiel ou local. C'est ainsi que les évaluations de programme à moyen terme, l'estimation de la couverture des services ou l'évaluation de la diffusion d'un programme sont peu courants au niveau communautaire. Cette situation s'explique par la formation inadéquate des éducateurs, notamment lors du passage d'un niveau d'action résidentiel à un niveau communautaire ou lorsqu'un éducateur banalisé s'engage temps plein dans la discipline.

6.2.2 La faiblesse de la formation

Le passage d'un travail au niveau infra-local ou résidentiel à des responsabilités communautaires pourrait s'accompagner d'une formation des éducateurs pour la santé. Cette formation comprendrait par exemple, une formation à la santé publique; à la construction d'un protocole d'évaluation et d'enquête; à l'utilisation d'un outil statistique simple; aux relations institutionnelles et à l'organisation des institutions; à la critique des différentes théories et modèles de changements de comportements; aux critères de qualité des interventions éducatives; aux questions éthiques.

Un des problèmes de la faiblesse de la formation réside dans le manque d'enseignants compétents dans le domaine relativement neuf de l'éducation pour la santé. Il semble en effet que cette faiblesse s'observe justement dans l'acquisition des compétences relatives à la spécificité même de l'éducation pour la santé: le passage du diagnostic santé au diagnostic éducatif et la construction d'un protocole de recherche, d'enquête ou d'intervention combinant différentes approches.

Les solutions possibles à cette situation comprennent la participation de professeurs étrangers aux enseignements belges; l'envoi systématique d'étudiants belges à l'étranger; des séminaires de sensibilisation ou de formation à l'éducation pour la santé de professeurs de différentes disciplines (diverses spécialités médicales, psychologie, etc.). Il serait intéressant d'offrir une formation à la lecture critique d'articles scientifiques. Ceci permettrait peut-être une utilisation adéquate et plus systématique des expériences étrangères.

Certains se plaignent de «l'éloignement» ou du manque de réalisme d'équipes universitaires qui tâchent d'adapter, avec des moyens relative-

ment faibles, des méthodes ou stratégies qui ont fait la preuve de leur efficacité ou qui paraissent les meilleures au terme d'une évaluation rigoureuse. Ce phénomène Flexner, cette rupture entre les académiques et les équipes de base risque de s'aggraver si les différents partenaires n'imaginent pas des projets communs, des lieux de partage d'expériences ou des circuits de communication.

La solution ne doit pas venir uniquement des universités à qui il est demandé de sortir de leur tour d'ivoire. L'université n'est pas une institution fermée; au contraire, on y accepte volontiers les stagiaires, les étudiants et les chercheurs en détachement (travaillant à l'université mais payés par un organisme extérieur). Il est vrai que les universités pourraient augmenter le nombre d'interventions sur le terrain, par exemple, les recherches-

6.2.3 Le développement institutionnel

La nouvelle réglementation en éducation pour la santé donne des fonctions «communautaires» à des équipes peu ou pas formées au travail à ce niveau. La rapidité du changement, liée à la faiblesse du budget n'a pas permis aux équipes de se payer une formation ou d'engager des experts étrangers. Il faut donc table sur une formation continue, difficile vu le manque de formateurs compétents dans le domaine des interventions éducatives communautaires (public health education).

A ce problème s'ajoute le fait que certaines institutions acceptent difficilement un changement en leur sein: la réglementation introduit une nouvelle perspective dont l'importance n'est pas toujours reconnue. Citons par exemple la coordination: cette fonction peut remplacer transitoirement ou prendre le pas sur des activités de production de matériel. Cela peut signifier un change-

ment de l'image de l'institution en même temps qu'un glissement de l'importance de certaines compétences par rapport à d'autres. Il est rare que ce genre de bouleversement institutionnel soit le bienvenu.

6.3 LES FACTEURS DE PROFESSIONNALISATION EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

L'évocation des problèmes ci-dessus ne doit pas masquer l'ampleur des efforts consentis en faveur de l'éducation pour la santé par les travailleurs de la base, les pouvoirs politiques, les institutions et les ASBL. Nous allons reprendre les 5 caractéristiques de la professionnalisation telles qu'elles apparaissent dans la littérature et les confronter à la réalité de la Communauté française.

S'il est vrai que la formation des éducateurs pour la santé présente certaines faiblesses, il est important de noter le dynamisme de mise en place de formations. Les universités ont organisé une formation de deuxième ou de troisième cycle et certaines ASBL s'occupent de formations courtes spécifiques (exemple: drogues, sida). Il existe même une formation de deuxième cycle interuniversitaire en éducation pour la santé dans un pays où ce genre de collaboration est rarissime.

Des outils différents, mais non négligeables de cette formation sont les revues: Education Santé (édité depuis 1978 par les Mutualités Chrétiennes seules et en collaboration avec les Mutualités Socialistes dans le cadre de la nouvelle réglementation depuis fin 1988) et le BEP (Bulletin d'Education du Patient à sa Maladie, édité depuis le début des années quatre-vingt par le Centre d'Education du Patient à Yvoir). Ce développement de la formation est une première caractéristique de la professionnalisation de l'éducation pour la santé. Citons également les livres écrits par Cotton (1982), Castillo (1984), Servais (1984,

1988), Frydman 1988); le PIGEPS (Reginster et Leclercq, 1985) ainsi que les quatre ouvrages déjà parus de la collection SAVOIRS ET SANTE (De Boeck Université) dirigée par Bury et Deccache (Bury 1988; Crousse, Delville et Mercier 1988; Mercier et Delville 1988; Deccache et Lavendhomme 1989).

L'augmentation du nombre de personnes travaillant à temps plein a déjà été évoquée comme une des conséquences de l'augmentation du budget de l'éducation pour la santé. A cela, il faut ajouter les efforts de certaines institutions qui dégagent des fonds propres afin d'engager du personnel supplémentaire pour l'éducation pour la santé. L'engagement personnel des éducateurs s'observe dans le nombre d'inscriptions à des formations non reconnues (séminaires divers) parfois payées par le participant lui-même ou le nombre d'étudiants suivant un enseignement en horaire décalé tout en continuant à travailler afin de répondre à un besoin ressenti de formation. Un deuxième indicateur est le public de la revue Education Santé, estimé à plus de 3000 lecteurs pour une diffusion de 1500 exemplaires; des lecteurs fidèles puisqu'il faut régulièrement envoyer une fiche pour rester sur les listes d'abonnés.

Il ne semble pas encore y avoir de tendance bien nette à l'organisation entre collègues ou à l'adoption de signes ou symboles particuliers. Il est possible que l'absence de cette caractéristique souligne, par comparaison avec les autres pays, l'hétérogénéité des éducateurs pour la santé (formations de base diverses) et la rupture parfois exprimée entre les universités, le terrain et les institutions intermédiaires. Notons toutefois l'effort des pouvoirs politiques qui ont introduit une nouvelle réglementation permettant la coordination mais ne l'imposant pas.

La reconnaissance du champ de l'éducation pour la santé commence à

faire ressentir ses effets en cela que des équipes de terrain commencent à faire plus systématiquement appel à des éducateurs spécialisés pour collaborer à leurs travaux. Il faut également noter l'originalité de la démarche de l'APES (Association pour la Promotion de l'Education pour la Santé) qui offre une aide méthodologique personnalisée et qui de ce fait concourt grandement à asseoir la spécificité de la démarche tout en contribuant à la formation continue des équipes de terrain. Le volet de réflexion sur les critères de qualité reste à développer tant dans les formations de base qu'au niveau d'un débat communautaire.

La dernière caractéristique du processus de professionnalisation proposée par les auteurs dans les revues scientifiques concerne les questions éthiques. On observe un intérêt pour ce problème dans certaines réunions, notamment en relation avec l'éducation sexuelle et affective, avec la prévention du sida et des toxicomanies. Mais il est vrai qu'il n'y a pas encore de débat généralisé et/ou structuré autour de ces questions.

7. Peut-on conclure?

Je n'aime pas les conclusions car il est difficile de les présenter sans qu'elles n'apparaissent comme des faits définitifs indiscutables. Je préfère refaire ici un résumé des points qui m'apparaissent comme les plus importants, les plus significatifs ou les plus caractéristiques du processus de professionnalisation de l'éducation pour la santé dans notre Communauté. Qu'ils donnent lieu à un débat...

- Tout d'abord, il faut remarquer le dynamisme de développement depuis la fin des années septante: on pourrait presque dire que chez nous, l'éducation pour la santé a 15 ans. Après quelques années de travail confidentiel, on observe l'augmen-

Recommandations adressées à tous les intervenants pour diminuer la consommation de médicaments anti-anxieux.

Au-delà du jugement de valeur et de l'opinion que l'on pourrait avoir sur cette consommation comme sur les consommateurs, il est évident que la dépendance soulignée largement par les études internationales, confirmée dans cette étude par l'opinion des consommateurs et de façon plus dure des ex-consommateurs, ainsi que le ralentissement dans le fonctionnement général doivent être pour les médecins des éléments d'appréciation importants lors de toute nouvelle prescription de médicament anti-anxieux.

Médecin

- Ecouter
- Accompagner l'événement de vie. Référer à d'autres travailleurs psychosociaux si nécessaire
- En cas d'insomnie isolée, tester l'hygiène de vie et les méthodes comportementales
- Insister, particulièrement chez les plus jeunes et ceux qui se «tracasent», sur la qualité de l'hygiène de vie
- S'en tenir aux règles actuelles de prescription, à savoir:

1. Contrat avec le patient sur la durée, la posologie, l'intégration du médicament dans une stratégie thérapeutique globale (gestion de stress, relaxation, changement de mode de vie...). Faire comprendre aussi que toute anxiété n'est pas pathologique.

2. Cures de courte durée à dose minimale efficace - essayer d'arrêter à un mois - de toute façon ne pas renouveler la prescription sans réévaluation de la symptomatologie et du contexte.

- Faire un sevrage progressif d'autant plus long que la consommation est prolongée. Remplacer éventuellement la médicament anti-anxieux par des gélules à base de plantes ou même des tisanes.

Pharmacien

- En parler.

Patient

- S'aménager des moments pour soi - distractions - activités physiques - voir des gens
- Choisir son médecin en fonction de sa personnalité, en changer si nécessaire et s'adresser particulièrement à ceux qui «écoutent»
- Discuter de la nécessité de la prise de tranquillisants
- Ne prendre le tranquillisant qu'en cas de nécessité à dose minimale et pendant le minimum de temps

Médias et organismes accrédités

- Diffuser largement l'information de base sur la gestion du stress, l'hygiène de sommeil et le bon usage du médicament
- Créer des lieux de dialogue accessibles à des prix qui tiennent compte des revenus de la personne (ateliers de gestion du stress, ateliers corporels...).

Foire au matériel pédagogique à l'UCL

L'Unité de Médecine Scolaire de l'UCL a organisé dans ses locaux, le 22 septembre dernier, une «Foire au Matériel Pédagogique».

Divers stands présentaient les services et productions des centres IMS et de la médiathèque du Groupe d'Etude et d'Education pour la Santé de l'Unité de Médecine Scolaire. Les 14 services agréés par la Communauté française pour l'éducation pour la santé étaient également présents dans un stand parfaitement organisé et tenu par le service éducation pour la santé de la Croix-Rouge de Belgique; de même, la Médiathèque de la Communauté française de Belgique, l'ONE, la Ligue des Familles, le RESO, la FARES, l'ICAN, ...

Quelques animations agrémentaient la visite, principalement destinées aux enfants: petit module de psychomotricité, contes et chants.

Les organisateurs ayant demandé aux visiteurs de remplir un petit questionnaire d'évaluation, nous pouvons déjà nous faire une idée du public qui a parcouru la foire: principalement des parents accompagnés de leurs enfants, des enseignants, des infirmières, quelques médecins, éducateurs, étudiants, en somme le public visé au départ.

Les stands ayant apparemment attiré le plus de visiteurs étaient celui de la Croix-Rouge et des 14 services, ainsi que celui de la MCFB qui présentait à heures fixes des programmes vidéo destinés au grand public. De même, les stands

- 12 personnes un deuil.

Pour 13 personnes qui n'invoquent pas un événement de vie précis, il semble que deux facteurs jouent un rôle important: l'accumulation de plusieurs stress pendant de longues périodes et l'isolement affectif, source de «mal-être» important.

Seuls 5 consommateurs actuels ou ex-consommateurs invoquent l'insomnie isolée comme cause première de consommation.

Or, dans l'enquête générale, ce motif est largement invoqué comme premier motif de consommation. Il est souligné par 34 % des consommateurs quotidiens, la plupart assez âgés (91 % ont plus de 50 ans) et 31 % des consommateurs intermittents (81 % ont plus de 50 ans). Les motifs retrouvés principalement dans l'enquête de Liège sont beaucoup moins invoqués.

Il y a donc une certaine contradiction que l'on peut expliquer par des différences de questionnement mais aussi par une sorte de justification. Car actuellement, l'événement de vie ou de santé a disparu, s'est éloigné, s'est atténué dans le temps, de sorte que pour certains, dépendants de leur médicament, l'insomnie devient un motif assez commode d'explication de leur consommation de médicament anti-anxieux.

Est-ce encore réellement nécessaire? On peut se poser la question!

En effet, dans l'analyse de Liège, les grands consommateurs gardent des signes de «mal-être» importants, soulignés dans l'enquête par un score élevé à l'échelle psychiatrique de Derogatis (moyenne = 95 p.), tandis que les petits consommateurs ont un score identique à celui des ex-consommateurs (46 p.) peu différent de celui des non consommateurs (37 p.) et de celui d'une population de «femmes normales» de référence (39 p.)

On peut donc émettre l'hypothèse

que la forte consommation de tranquillisants n'est qu'un palliatif pour les personnes qui ont des problèmes psychologiques ou de vie importants et on peut se demander si, chez les faibles consommateurs qui souvent consomment des médicaments anti-anxieux exclusivement pour dormir, il y a nécessité de poursuivre la prescription plus longtemps.

Viennent alors deux questions importantes:

- y a-t-il moyen de faire autrement pour les personnes à problèmes psychologiques importants?

- s'il se sentent bien, faut-il sevrer les faibles consommateurs de médicaments anti-anxieux?

A la première question on ne peut apporter de réponse qu'en fonction d'un soutien psychologique important!

A la deuxième question, vu le ralentissement psychomoteur lié à la prise de ce type de médicament, on peut répondre affirmativement. Mais on doit tenir compte de la dépendance élevée, bien connue, raison du taux d'échec important des tentatives de sevrage.

Cette dépendance est soulignée par la longue durée de consommation, ajoutée au fait que 6 consommateurs quotidiens sur 10 se sentent dépendants et au fait que quasi 100 % des mêmes consommateurs de médicament anti-anxieux depuis plus d'un mois qui avaient essayé d'arrêter avaient eu de mauvais résultats à l'arrêt.

Par ailleurs, pour 9 consommateurs sur 10 «on se sent mieux» tandis que pour 1 sur 3 «on est ralenti dans son fonctionnement général». Malgré cela, la grande majorité des consommateurs apparaissent tout à fait consonants par rapport à leur consommation. Cependant, cette consonance ressemble parfois à une justification (bien obligé d'en prendre vu leur état ou l'avis médical).

Très logiquement, le médecin est au centre de cette consommation. A Liège, celui-ci est en général fort apprécié, tant au point de vue compétence que du dialogue. Il peut par son attitude conditionner la volonté d'arrêt dans un sens ou dans un autre.

La famille est un autre intervenant majeur.

La position du pharmacien est marginale dans la mesure où pour 9 consommateurs sur 10 il ne parle pas avec eux des médicaments.

Les principaux facteurs favorisant l'arrêt sont:

- la consommation intermittente qui de façon paradoxale peut aussi enclencher une consommation quotidienne;

- l'âge plus jeune;

- la conscience de la dépendance et d'alternatives possibles;

- la liaison avouée aux «tracas»;

- l'attitude du médecin ou de la famille allant dans le sens de l'arrêt.

Les facteurs défavorisant l'arrêt sont:

- la prise quotidienne;

- l'âge avancé;

- la liaison avouée à l'insomnie;

- l'attitude du médecin ou de la famille conseillant la poursuite du médicament.

Pourtant les alternatives existent (activités physiques - distractions - agir pour ou sur soi-même - soutien de l'entourage - plantes...). Elles sont citées par les non-consommateurs mais aussi les consommateurs actuels comme les ex-consommateurs. Ces derniers insistent plus que les autres sur la volonté.

J.L. Pestiaux, M. Marques, Fr. Ketser, M. Prévost, A. Peeters

tation du nombre et de la taille des équipes et des projets, l'organisation de formations, la parution de revues.

- Ce développement paraît se faire dans deux directions: une professionnalisation par l'augmentation du volume des activités «éducation santé» et une professionnalisation par un glissement de contenu, une meilleure efficacité, une rigueur scientifique accrue (qui n'exclut pas l'apport des sciences humaines). Le lien entre ces deux types de professionnalisation n'est pas automatique: un changement et un accroissement de responsabilité n'inclut pas forcément un ajustement des compétences.

- Une rupture apparaît entre des équipes de terrain et des équipes plus académiques. Si des mécanismes de relations et de collaboration ne sont pas établis, il risque d'apparaître une éducation pour la santé à deux vitesses. Il faut éviter le phénomène Flexner entre les différentes équipes.

- Le contenu des formations devrait être adapté aux fonctions nouvelles et en particulier aux fonctions liées aux responsabilités communautaires. Il serait possible d'utiliser plus judicieusement les connaissances et expériences qui s'accumulent.

- L'éducation pour la santé n'échappe pas au processus de la professionnalisation. Parmi les caractéristiques décrites de ce phénomène, on n'observe pas encore, dans la Communauté française, celles qui sont relatives à la qualité et à l'éthique des interventions.

- Le rôle et les fonctions des éducateurs pour la santé banalisés sont largement méconnus. Il faut les intégrer dans les stratégies.

Au terme de cet article, les deux propositions que je voudrais faire sont celles-ci: lisons plus et parlons-nous mieux.

Danielle Piette, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles

Bibliographie

- ADEMUWAGUN ZA. Birth of the first centre for professional preparation in health education in Africa. *Revue Internationale d'Education pour la Santé* 1976;XIX/3:189-194.
- BOWMAN RA. Changes in the activities, functions and roles of public health educators. *Health Education Monographs* 1976;4/3:226-246.
- BURY JA. Education pour la santé; concepts, enjeux, planifications. Bruxelles: De Boeck Université 1988 (collection Savoir et Santé).
- CASTILLO P. Le chemin des écoliers ou l'éducation à la santé en milieu scolaire. Louvain-la-Neuve: Cabay 1984.
- COTTON E. L'éducation pour la santé; Méthodes. Bruxelles: Editions de l'Université Libre de Bruxelles 1982.
- CROUSSE B., DELVILLE J. & MERCIER M. (ed.) Politiques de santé. Bruxelles: De Boeck Université 1988 (collection Savoir et Santé).
- DAVIS MS. Physiologic, psychological and demographic factors in patient compliance with doctors' orders. *Medical Care* 1968;6:115.
- DECCACHEA. & LAVENDHOMMEE. Information et éducation du patient; des fondements aux méthodes. Bruxelles: De Boeck Université 1989 (collection Savoir et Santé).
- FARQUAHR JW. The community-based model of life style intervention trials. *American Journal of Epidemiology* 1978;108/2:103-111.
- FRANCIS V., KORSCH BM. & MORRIS MJ. Gaps in doctor-patient communication: patients' response to medical advice. *New England Journal of Medicine* 1969;280:535.
- FREUDENBERG N. Health education for social change: a strategy for public health in the US. *International Journal of Health Education* 1981;XXIV/3:138-145.
- FRYDMAN M. Les habitudes tabagiques; Comment les démystifier. Bruxelles: Labor 1987 (collection Education 2000).
- GIGLIO R., SPEARS B., RUMPF D. & EDDY N. Encouraging behavior changes by use of client-held records. *Medical Care* 1978;XVI/9:757-764.
- GOODSTADT MS. Alcohol and drug education: models and outcomes. *Health Education Monographs* 1978;6/3:263-279.
- GREEN LW. Evaluation and measurement: some dilemmas for health education. *American Journal of Public Health* 1977;67/2:155-161.

GUILD OF HEALTH EDUCATION OFFICERS (London Branch). The Health Education Officer: a mythical character? *Health Education Journal* 1981;40/3:75-77

HEATHCOTE G. Networking: a strategy for the professional development and support of health educators. *Health Education Journal* 1990;49/1:27-

HENKINBRANT J. Qui doit coordonner l'éducation à la santé au sein de la Communauté française? *Education Santé* 1983;15:4-6.

KEGELES SS. Some motives for seeking dental care. *Journal of the American Dental Association* 1963;67:90.

KORSCH BM., GOZZI EK. & FRANCIS V. Gaps in the doctor-patient communication. *Pediatrics* 1968;42:855.

MACDONALD G. & ADAMS L. A code of conduct for the Society of Health Education Officers. *Journal of the Institute Of Health Education* 1986;24/3:111-115.

MALHER H. La variole: le point de non-retour. *Revue Internationale d'Education pour la Santé* 1975;XVIII/1:2.

MERCIER M. & DELVILLE J. (ed.) Aspects psychosociaux en éducation pour la santé. Bruxelles: De Boeck Université 1988 (collection Savoir et Santé).

MINKLER M. & COX K. Creating critical consciousness in health: applications of Freire's philosophy and methods to the health care settings. *International Journal of Health Services* 1980;10/2:311-323.

MINTIENS E. Efficacité et cohérence en éducation pour la santé. *Documents* 1984:29.

MINTIENS E. Une politique non autoritaire et décentralisée de développement de l'éducation pour la santé: exemple de la Communauté française de Belgique en 1985. *Dossiers de l'Aide Sociale* 1985;52:3-24.

MINTIENSE E. Organigramme des structures en éducation pour la santé. Résumé de l'exposé fait à l'ULB le 26 Novembre 1986. In: Piette D. Politique de l'Education pour la Santé dans la Communauté française. Bruxelles: Fondation Louis de Brouckère 1986 (annexe 6).

MULLEN PD. & REYNOLDS R. The potential of grounded theory for health education research; linking theory and practice. *Health Education Monographs* 1978;6/3:280-294.

NUTBEAM D. & CATFORD J. The Welsh Heart Programme evaluation strategy: progress, plans and possibilities. *Health Promotion* 1988;2/1:5-18.

PARCEL GS., SIMMONS-MORTON BG. &

KOLBE LJ. Health Promotion: integrating organizational change and student learning strategies. *Health Education Quarterly* 1988;15/4:435-450.
 PUSKA P., SALONEN JT., KOSKELA K. et al. The community-based strategy to prevent coronary heart disease: conclusions from the ten years of the North Karelia Project. *Annual Review of Public Health* 1985;6:147-193.
 REGINSTER-HANEUSE G. & LECLERCQ D. (Eds) Plan d'Intervention Global à l'Égard d'un Problème de Santé (PIGEPS). Actes du Colloque de Durbuy 1984. Liège: Université de Liège 1985 (Collection Santé Education).
 RICHARDS ND. Methods and effectiveness of health education: the past, present and future of scientific involvement. *Social Science and Medicine* 1975;9:141-156.
 ROSENSTOCK IM. Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs* 1974;2/4:328-335.
 ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. Health or smoking? Follow-up report of the Royal College of Physicians. London: Pitman Publ. Ltd 1983 (children and

smoking: 52-60).
 RUSSEL MAH., WILSON C., TAYLOR C. & BAKER CD. Effect of general practitioner's advice against smoking. *British Medical Journal* 1979;2:231-235.
 SERVAIS E. Drogues; un programme d'éducation pour la santé. Bruxelles: Labor 1984 (collection Education 2000).
 SERVAIS E. Prévention drogues; Approche globale: viser toute la société. Bruxelles: Labor 1988 (collection Education 2000).
 SIMNETT KI. The professionalisation of health education officers; a discussion paper. *Health Education Journal* 1982;41/3:81-83.
 SOCIETY FOR PUBLIC HEALTH EDUCATORS. Code of Ethics. In: Breckon DJ., Harvey JR. & Lancaster RB. *Community Health Education. Settings, roles and skills*. Rockville: Aspen Publication 1985 (Appendix C, 319-326).
 SQUYRES W. The professional health educator in HMOs: implications for training and our future in medical care. *Health Education Quarterly* 1982;9/1:67-80.
 STADT ZM., BLUM HL., KENT GW. et al.

Direct mail dental motivation of parents of 3-year-old children. *American Journal of Public Health* 1963;53:572.
 STOEKLE JD., ZOLA IK. & DAVIDSON GE. On going to see the doctor; the contribution of the patient to the decision to seek medical aid. *Journal of Chronic Diseases* 1963;16:975.
 SUTHERLAND I. History and background. In: SUTHERLAND I. (ed) *Health Education Perspectives and choices*. London: George Allen & Unwin 1979 (1-19).
 TONES BK. Professionalism, ethics and behaviour change. *Health Education Journal* 1974;33/2:56-59.
 TWADDLE, STOECKLE. Pressure for change in the medical care system. A conceptual model. Paper presented for the 3d International Conference on Social Science and medicine held in Elsinore, Denmark 1972.
 UGWUEGBU DCE. Attitudinal research among adolescent Nigerians regarding population control: implications for health education; *Revue Internationale d'Education pour la santé* 1976;XIX/4:270-274.

Initiatives

Représentation populaire et consommation de tranquillisants

Avec différents objectifs, taux de consommation suivant les variables sociodémographiques, facteurs liés à la consommation, effets de celle-ci, facteurs d'arrêt, opinions et alternatives, une enquête nationale sur la consommation de tranquillisants a été faite, fin 1989, par 301 assistantes sociales de la Mutualité Socialiste auprès d'un échantillon d'affiliés âgés de 20 ans et plus. 3.035 personnes ont répondu à l'enquête. Pour mieux cerner certains éléments liés à cette consommation, 130 personnes de Liège qui avaient répondu à l'enquête générale ont été revisitées par 3 psychologues.

La consommation apparaît actuellement stabilisée dans notre pays. A la date de l'enquête et après ajustement des taux, 17 % des personnes interrogées consommaient des «tranquillisants» de façon quotidienne (médicament anti-anxieux - neuroleptiques - antidépresseurs) contre 16.8% dans une enquête comparable en 1985. Cette stabilisation est probablement liée à deux facteurs en partie contradictoires:

- la réserve de plus en plus fréquente des médecins vis-à-vis d'une nouvelle prescription de ce type de médicament;
- la prescription à long terme pour les consommateurs réguliers.

82 % des consommateurs étaient des consommateurs exclusifs de médicaments anti-anxieux, en grande majorité de benzodiazépines (valium - téresta - séresta - rohypnol) ou de méprobamate. 10 % supplémentaires consommaient des médicaments anti-anxieux en association avec des neuroleptiques

ou des antidépresseurs, de sorte qu'au total 92 % des consommateurs de tranquillisants consommaient des médicaments anti-anxieux.

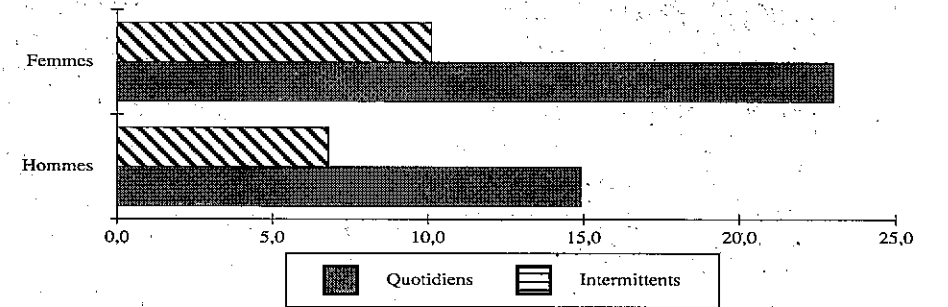
Les facteurs sociologiques favorisant la consommation sont confirmés:

- l'âge / augmentation importante à partir de la classe d'âge 38 - 46 ans;
- le sexe / consommation significativement plus importante chez les femmes que chez les hommes;

d'attitude médicale en fonction de l'âge, du sexe, du niveau socio-culturel et de la région.

La durée de consommation est élevée. En effet, 87 % des consommateurs quotidiens de médicaments anti-anxieux le sont depuis plus d'un an, 77 % des consommateurs de neuroleptiques, 70 % des consommateurs d'antidépresseurs. A Liège, la durée moyenne de consommation, tous consommateurs confondus, est de 10 ans.

Consommateurs de tranquillisants tous les jours ou régulièrement suivant le sexe (%)



- la région / consommation quotidienne plus importante par les Wallons que par les Flamands qui par contre consomment plus souvent de façon intermittente; consommation globale plus importante en Wallonie qu'en Flandre;

- le niveau d'études / consommation quotidienne significativement plus importante pour les personnes de niveau d'études primaires par rapport à celles de niveau d'études supérieures ou universitaires.

Ces différences sont certes liées à des différences de vulnérabilité sociale mais aussi à des différences

Trois fois sur quatre la première prescription de tranquillisant est faite par le médecin généraliste. A Liège, pour 75 % des consommateurs actuels comme des ex-consommateurs, cette première prescription peut être rapportée à un événement de vie ou de santé précis:

- 21 personnes sur 71, majoritairement des hommes, signalent un problème de santé (affection cardiaque, cancer, opération...);

- 20 personnes un événement de vie particulier (perte d'emploi, divorce, déception conjugale...);

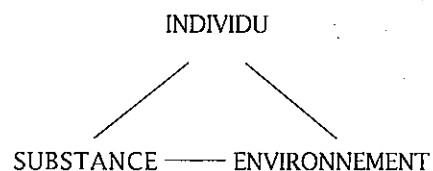
TABAC

Une expérience suisse d'éducation par les pairs

Le texte qui suit est extrait du compte-rendu de la journée «Prévention et lutte contre le tabagisme chez les jeunes: stratégies et évaluations», qui s'est tenue à Huy le 31 mai 1990 à l'occasion de la Journée Mondiale sans Tabac.

Introduction

D'une manière très générale, la prévention de l'abus de substances nocives peut s'effectuer aux trois niveaux suivants: individu, substance et environnement.



Au niveau de la substance, la prévention consiste - là où c'est possible - à rendre la substance et son utilisation moins nocives pour la santé. Au niveau de l'individu, il s'agit de former la personnalité de telle façon que son **besoin** et sa **demande** de substance diminuent. Au niveau de l'environnement, les mesures de prévention ont pour but de restreindre l'**offre** de substance.

Si vous demandiez à l'industrie du tabac de vous proposer des mesures de prévention du tabagisme, elle choisirait très probablement des mesures au niveau de l'individu, plus spécifiquement des programmes éducatifs à l'école. Probablement l'industrie du tabac serait également prête à fabriquer des cigarettes encore plus légères, mais elle serait nettement opposée à des

interventions structurelles qui modifieraient un environnement favorable à la consommation de tabac.

Que pouvons-nous conclure de cette enquête fictive auprès de l'industrie du tabac et de nos réflexions et expériences?

En dépit de nombreux obstacles et de résultats parfois décevants, l'éducation à la santé **conçue comme aide dans la vie des jeunes** doit être intensifiée à l'école et dans d'autres domaines de vie des jeunes. Mais surtout, des mesures structurelles dans l'environnement doivent synergiquement accompagner les stratégies pédagogiques.

Voici quelques exemples dans le domaine du tabac:

vrier de cette année un questionnaire et 76 % ont répondu de façon complète.

La comparaison de la consommation de tabac 4 ans après l'intervention, donc à l'âge de 18 à 19 ans, montre de modestes différences en faveur du groupe d'intervention. En effet, parmi ceux qui ont reçu une éducation par leurs «peer leaders», il y en a moins qui ont expérimenté le tabac, moins qui déclarent fumer irrégulièrement ou régulièrement tous les jours, et moins qui fument plus d'un paquet de cigarettes par jour que dans le groupe de contrôle.

Pour l'interprétation de ces résultats, il faut tenir compte de deux facteurs importants. Les lycéens en Suisse représentent une élite, venant en majorité des classes sociales supérieures. Les comportements dits «déviants» sont en général nettement plus rares dans ce groupe. Le taux de fumeurs réguliers est de 11 % pour les lycéens de notre étude, comparé aux 27 % dans la Suisse entière. Il serait donc intéressant d'utiliser le modèle de multiplicateurs dans d'autres types d'école dont les élèves sont moins privilégiés et plus vulnérables.

D'autre part il faut noter que les classes de contrôle ont elles aussi reçu des interventions éducatives à la santé pendant ces 4 dernières années. Il est même probable que la publicité autour du modèle de multiplicateurs ait pu pousser beaucoup d'enseignants à améliorer et intensifier leur éducation à la santé.

Pour conclure, les premiers résultats de notre évaluation donnent quelque poids à l'hypothèse que le modèle de multiplicateurs peut encourager les élèves à s'abstenir de fumer. A ces effets positifs sur le comportement des jeunes s'ajoute le fait que le modèle de multiplicateurs est en général vécu très posi-

tivement par les élèves, les animateurs des stages et les enseignants. Une documentation informative sur ce type d'intervention à l'école, comprenant un vidéo et un guide pratique, sera à la disposition de tous les intéressés à la fin de cette année.

Source pour les tableaux 1 - 5: *La Santé - pour les adolescents (aucun problème ? ISPA-Press, Lausanne, 1987.*

Bernard Meili, Office Fédéral de la Santé Publique, Berne, Suisse

Pour en savoir plus sur l'éducation par les pairs...

L'APES publiera prochainement dans sa collection «Méthodes au service de l'éducation pour la santé» un fascicule décrivant plusieurs méthodes d'éducation par les pairs. Nous ne manquerons pas de vous en informer en temps utile.

Chez nous aussi

Un modèle aussi séduisant que celui décrit ci-dessus ne devait pas manquer de susciter des vocations.

Ainsi, le Service éducation pour la santé de Huy (rue Rioul 12, 4500 Huy), se propose de le développer dans notre pays. Pierre Dantinne, psychologue, nous présente les grandes lignes du programme:

«La procédure que nous recommandons pour lutter contre le tabagisme est prévue pour être appliquée à de jeunes adolescents dont l'âge varie entre 10 et 15 ans. Il s'agit d'un programme de prévention dans le cadre duquel certains jeunes sont formés pour informer leurs copains. Ce modèle, appelé modèle d'éducation par les pairs, est une démarche efficace lorsqu'il s'agit de promou-

voir des habitudes de vie saine dans une population estudiantine.

Concrètement, un certain nombre d'élèves, bien acceptés par leurs copains et reconnus par eux comme «avertis», sont sensibilisés par un animateur au courant des différents aspects de la consommation de tabac, sous les angles psychologique, social, médical ou économique.

Ces élèves, les «multiplicateurs» (peer leaders) peuvent alors s'impliquer dans les actions préventives coordonnées par les enseignants en constituant une source d'information dans le domaine de la santé et en servant de modèle pour leurs camarades.

Ce système de prévention a déjà fait l'objet d'expérimentations, notamment en Suisse, avec des résultats intéressants. Il apparaît que ce type d'intervention est en général vécu très positivement par les participants (élèves, enseignants, animateurs...) parce qu'il présente l'avantage d'intégrer l'environnement social des adolescents.

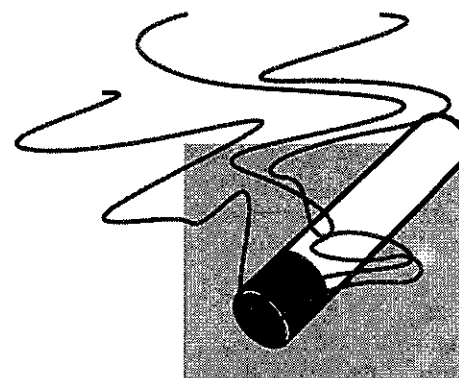
En résumé, le programme se déroule en quatre phases:

1ère phase - élection des multiplicateurs par leurs pairs, selon leurs critères;

2ème phase - formation des multiplicateurs lors de courts stages;

3ème phase - intervention des multiplicateurs de deux façons, directement lors de séminaires organisés en classe, indirectement lors des contacts plus informels qu'ils auront avec leurs copains;

4ème phase - enfin formation de formateurs (éducateurs, travailleurs sociaux, enseignants,...) procédure permettant d'étendre l'application du modèle à peu de frais.»



- Interdiction de la vente de cigarettes et d'autres articles de tabac aux jeunes de moins de 16 ans;
- Interdiction de la distribution d'échantillons gratuits;
- Pas de vente de cigarettes aux distributeurs automatiques accessibles aux enfants;
- Restrictions de la publicité et de la promotion du tabac lors de manifestations sportives et culturelles.

Les écoliers suisses et la santé

Je passe maintenant à la présentation de quelques aspects d'une enquête menée au printemps 1986 auprès de 6.500 élèves de 11 à 16 ans choisis au hasard dans 330 classes. Ce qui apparaît important pour toute approche d'éducation à la santé, c'est d'abord la signification qu'attribuent les jeunes à leur santé.

Pour la majorité des élèves, la santé signifie tout simplement une bonne forme physique. Quand on leur demande ce qui est important pour qu'ils se sentent vraiment bien dans leur peau, les réponses sont pourtant plus nuancées et l'importance des influences sociales sur leur bien-être apparaît clairement. Pour les pré-adolescents, avoir de bonnes notes à l'école est très important, tandis que pour les plus âgés, l'école perd de son importance.

Tableau 1
Qu'est-ce qui fait partie du bien-être pour les écoliers? (en %)

Éléments de bien-être	11/12 ans	13/14 ans	15/16 ans
1. Etre physiquement en forme	48,7	52,5	55,9
1. Avoir fait du sport	34,8	35,5	30,2
1. Avoir assez dormi	44,5	36,9	30,6
1. Ne pas avoir de douleurs physiques	55,2	53,0	56,6
2. Avoir de bonnes notes	55,0	42,8	29,8
2. Bien s'entendre avec les parents	88,3	74,7	66,9
2. Etre apprécié de ses maîtres	37,2	25,5	19,2
3. Avoir un (des) bon(s) ami(s)	56,4	58,0	65,9
3. Etre apprécié de ses camarades	41,9	40,8	45,9

1. = bien-être physique 2. = relation avec les parents/école 3. = bien-être social

Bien que la plupart des écoliers estiment que leur état de santé est bon, nombreux sont ceux qui mentionnent des troubles psychosomatiques récurrents.

Tableau 2
Troubles psychosomatiques chez les écoliers (en %)

Symptôme	11/12 ans		13/14 ans		15/16 ans	
	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons
Maux de tête	26,1	17,8	26,7	19,0	26,8	12,4
Maux de dos	13,9	9,5	18,0	16,1	19,7	13,4
Maux de ventre	24,3	15,7	22,5	13,7	16,1	6,2
Vertiges	9,1	7,8	15,8	7,1	18,8	7,0
Irritabilité	22,5	17,2	31,8	26,0	39,1	25,4
Tristesse	22,8	18,4	35,8	19,9	42,6	19,6
Nervosité	24,3	23,4	32,9	30,8	35,5	27,5
Fatigue	48,4	51,9	54,5	53,8	65,2	54,8

Pourcentage des élèves indiquant souffrir au moins une fois par semaine du symptôme indiqué.

L'état de santé comme il est vécu par les jeunes ne reflète pas seulement l'état objectif du corps, mais aussi les conditions sociales et culturelles souvent difficiles pour les adolescents. A cela vient s'ajouter l'école avec ses exigences élevées de performance et d'adaptation. Il a été établi que l'état de santé des adolescents dépend fortement de leurs performances scolaires et du fait qu'ils se sentent à l'aise ou mal à l'aise à l'école. Moins ils parviennent à répondre à ce que les enseignants et les parents attendent d'eux, plus ils manifestent de troubles psychosomatiques et consomment de l'alcool et du tabac, auxquels s'ajoutent plus tard souvent d'autres drogues (tableaux 3, 4, 5).

Tableau 3
Troubles psychosomatiques et bien-être scolaire (en %)

Troubles psychosomatiques	Bien-être scolaire		
	Faible	Moyen	Grand
Rares	23,9	27,5	34,5
Occasionnels	27,7	37,8	38,6
Fréquents	48,5	34,7	26,9

Tableau 4
Alcool, cigarettes et bien-être scolaire

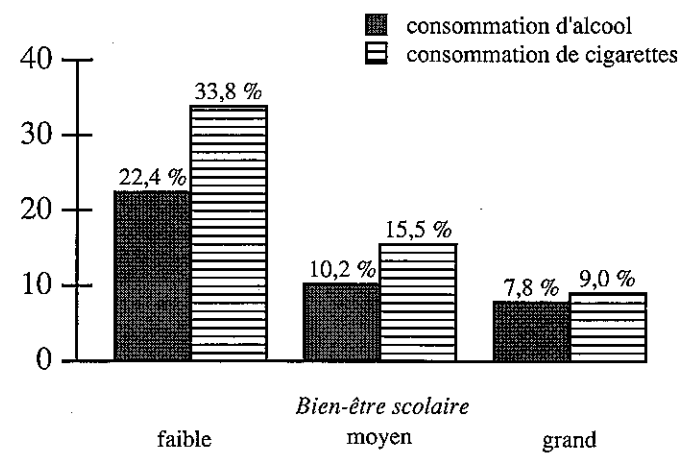
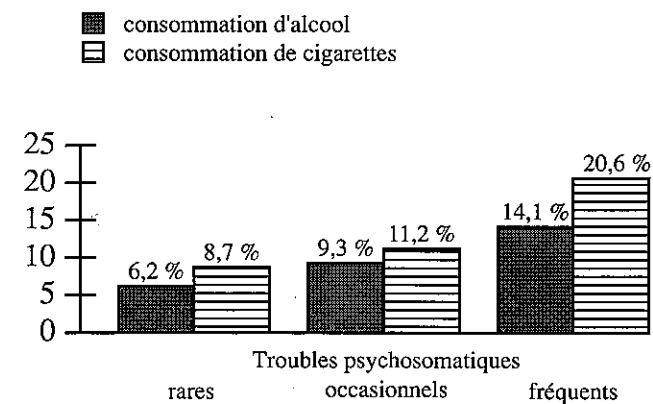


Tableau 5
Alcool, cigarettes et troubles psychosomatiques



Les comportements à risques, tels que la consommation d'alcool et de tabac, comprennent d'une part des petits plaisirs qui compensent une routine oppressante et frustrante, d'autre part ils servent également à marquer l'appartenance au groupe des camarades préférés et à témoigner du passage au monde des adultes.

Même si les adolescents sont en général conscients du danger potentiel de leurs comportements à risques, ils comptent toujours s'en tirer sans dommages en utilisant des stratégies défensives, tel que de dire: «A moi, il ne m'arrivera sûrement rien». Dans l'immédiat, la réalité semble leur donner raison, car nombreux sont les automobilistes en état d'ivresse qui roulent sur nos routes sans provoquer d'accidents et les maladies du tabac ne frappent les fumeurs qu'après des dizaines d'années.

Que nous apprend donc cette enquête pour la prévention du tabac à l'école? Elle nous prouve d'abord qu'il y a des obstacles importants à une éducation à la santé, surtout si elle se limite à une «prévention spécifique» comme la prévention de tabac, de l'alcool ou d'autres drogues. En effet, l'école se trouve dans une situation ambiguë: d'une part elle engendre, au moins en partie, le «ras-le-bol» chez les élèves, et d'autre part, elle est appelée à assumer toujours plus de tâches, comme la prévention du sida, du tabac, de l'alcool, des drogues, la protection de la nature et du climat etc..

Pourtant les enseignants et les responsables de l'école hésitent à accepter toutes ces nouvelles responsabilités et avancent des arguments tels que le manque de formation spécifique, le manque de temps et le manque d'intérêt des écoliers.

fin en page 31

Suite de la page 14

Pour tenir compte de ces obstacles, il faudrait concevoir l'éducation à la santé comme **une aide dans la vie des jeunes**. A part des informations de base nécessaires, une telle conception mettrait l'accent sur les **intérêts** et les **motivations** des adolescents. Auto-détermination, indépendance, apparence adulte et attrayante, être au clair avec soi-même, amitié: voilà quelques-unes des valeurs centrales des jeunes. Cessons de leur dire tout ce qu'il ne faut pas faire, essayons de voir en commun avec eux **comment ils peuvent devenir ce qu'ils désirent être**.

Il me semblait important de poser le problème du tabagisme chez les jeunes et de sa prévention dans un contexte un peu plus large et de montrer quelques relations avec la vie de l'adolescent et avec l'école, qui est l'environnement déterminant pour ce groupe d'âge. Donc, dans un climat qui favorise la consommation de tabac, aucun programme isolé de prévention du tabac à l'école ne pourra résoudre le problème.

Un programme de prévention animé par les pairs

Quelles sont les méthodes de prévention du tabagisme actuellement utilisées en Suisse? Une récente enquête auprès des Départements de l'Instruction Publique des 26 cantons démontre qu'il n'y a pas de méthode préférée et largement utilisée. On pouvait s'y attendre.

Dans beaucoup de cantons, les enseignants se débrouillent en distribuant des brochures ou en passant un vidéogramme. Le seul programme qui a pu se développer depuis 5 ans et qui est appliqué dans trois cantons est basé sur l'éducation par les pairs.

Ce programme a pour but de prévenir les problèmes liés à la consommation d'alcool et de tabac. Il est destiné aux élèves de 13 à 15 ans et se déroule en trois phases:

1ère phase - Election de deux «leaders» dans la classe (une fille et un garçon) par les élèves eux-mêmes et selon leurs critères.

2ème phase - Formation des leaders en tant que «multiplicateurs» au cours d'un stage de 5 jours.

3ème phase - Animation d'au moins 4 leçons de prévention dans les classes par les multiplicateurs.

Regardons ces trois phases un peu plus en détail:

Dans la 1ère phase, les élèves sont orientés sur le programme et se préparent à choisir à leur tour deux copains qui devront, quelques mois plus tard, animer des leçons sur le thème de l'alcool et du tabac.

Dans la 2ème phase, les leaders élus vivent une semaine intense, remplie de beaucoup de travail, de discussions, d'émotions et aussi de divertissement. Ils apprennent, à l'aide d'expériences appliquées, quels sont les effets de l'alcool et du tabac. Par des jeux de rôle, ils s'entraînent à résister à la pression exercée par leurs camarades et par la publicité et enfin, ils préparent les leçons à donner plus tard en classe. Il est essentiel que les leaders quittent ce stage avec de bonnes émotions et une bonne motivation.

En général, les stages de 20 à 24 élèves, représentant de 10 à 12 classes, ont lieu dans une maison de vacances à la montagne. 4 à 5 adultes du domaine médico-pédagogique animent le stage. Les stages ont lieu pendant le trimestre, alors que les autres élèves suivent leurs cours normalement.

Dans la 3ème phase, les multiplicateurs animent au moins 4 leçons en

classe en appliquant ce qu'ils ont appris et préparé en commun lors du stage.

Quelles sont les caractéristiques essentielles de ce programme?

Sur le plan de l'intervention pédagogique, le programme repose beaucoup sur la **dynamique de groupe** et l'**autogestion**. Le programme part de la notion que les leaders, en tant que modèles pour leurs pairs, donnent l'exemple d'une norme anti-tabac et encouragent la non-consommation de tabac, et une consommation contrôlée et modérée d'alcool.

Sur le plan de l'environnement, le programme exige une large acceptation de la part des enseignants, des directeurs d'école et des parents. Bien que l'enseignant soit libéré de la préparation et de l'animation des leçons «alcool/tabac», on lui demande un engagement émotionnel et organisationnel. Je pense que le fait d'intégrer l'environnement social des adolescents constitue un des grands avantages de ce programme. Ce n'est peut-être pas un hasard qu'il y ait des écoles libérées de tabac à Bâle, le canton où l'expérience du programme de multiplicateurs est la plus grande.

Evaluation

Quels sont les effets de ce modèle d'intervention sur la consommation de tabac des jeunes? Pour répondre à cette question, un plan d'évaluation a été établi en automne 1985.

Dans cinq lycées de la ville de Bâle, 17 classes, soit 369 élèves âgées de 14 à 15 ans, ont bénéficié de cours donnés par les multiplicateurs. 291 élèves ne recevant pas ce type d'intervention formaient le groupe de contrôle. Tous ces élèves, sauf ceux qui ont quitté l'école, se trouvent actuellement dans la dernière classe du lycée. Ils ont reçu en fé-

ATELIERS DE GESTION DU STRESS ET ATELIERS GYM DOUCE DE F.R.S. - U.N.M.S

Les ateliers stress comportent 12 séances de 2 heures sous la conduite d'une psychologue. Ce sont des groupes formés de 6 à 8 personnes. Ils sont d'inspiration comportementale. Leur objectif est de donner aux participants des outils pour faire face à leur stress lié à leurs difficultés, mode de vie, événements de vie, environnement.

Quant aux ateliers gym douce, leur fonctionnement est trimestriel. Une kinésithérapeute dirige un groupe ouvert de 10 à 12 personnes une fois par semaine. Les activités s'orientent autour de la redécouverte du corps, de ses tensions, et visent à une meilleure détente physique et psychique.

Divers centres accueillent ces groupes à Bruxelles et en province.
Coordination : U.N.M.S. - Promotion de la Santé - Rue Saint-Jean 32-38 à 1000 Bruxelles.
Tel: 02/515 05 85 - 515 04 23

F.A.R.E.S.

Le Centre de Coordination Communautaire de la FAREs a notamment pour mission d'assurer la rencontre entre les acteurs s'occupant d'éducation pour la santé en Communauté française de Belgique. Ses Commissions locales de Coordination ont pour leur part mission de mettre à la disposition des relais locaux toutes les informations concernant les services et programmes communautaires. Elles favorisent aussi l'intégration des actions locales.

Coordination : F.A.R.E.S.- Rue de la Concorde 56 à 1050 Bruxelles
Tel: 02/512 29 36 - 512 20 83

ALLIANCE NATIONALE DES MUTUALITES CHRETIENNES

Les Mutualités chrétiennes diffusent cette brochure auprès de leurs membres dans le cadre de la campagne permanente d'information organisée par Infor Santé, leur service spécialisé en éducation pour la santé. Elles publient également un dossier "tranquillisants" dans le bimensuel "En marche" adressé à tous leurs membres.

Elles participent à la formation d'animateurs pour sessions d'informations "Le stress, un ami", en collaboration avec Vie Féminine. Elles informent les relais sociaux du développement de cette campagne à travers la revue "Education Santé".

VIE FEMININE

16 fédérations de Vie Féminine organisent des sessions sur le thème "Le Stress, un ami". Ces sessions regroupent 10 à 16 participantes autour d'une animatrice formée spécifiquement. Quatre animations, à une semaine d'intervalle, révèlent aux participantes les secrets du stress et comment en faire un atout.

Chaque animation dure environ 2 heures. La participation aux 4 séances est indispensable pour profiter au maximum de cette sensibilisation. Une ambiance détendue dans le respect de chacune, une animatrice "cool", c'est l'occasion de se faire cadeau de 2 heures pour soi-même.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de Vie Féminine de votre région (voir bottin), ou à Vie Féminine, rue de la Poste, 111 à 1210 - Bruxelles
Tel: 02/217 29 52

La campagne « Bon usage des tranquillisants »

Plusieurs organismes ont réuni leurs énergies pour partir ensemble en campagne. Le thème de cette action est le bon usage des tranquillisants.

Qu'il nous soit d'abord permis de remercier Monsieur François Guillaume, Ministre de la Santé de la Communauté française, qui soutient activement cette campagne. En effet, le bon usage des tranquillisants est reconnu comme une priorité de santé publique pour notre communauté, grosse consommatrice de ces petites pilules, en comparaison avec d'autres pays occidentaux. Les raisons de cette consommation importante restent encore mal connues. Comme facteurs influençants, on cite notamment le sexe (les femmes utilisent plus souvent des tranquillisants), le vieillissement de la population, le chômage, les habitudes de prescription des médecins, la personnalité du consommateur.

La campagne est organisée par un groupe de travail composé de représentants de plusieurs organismes.

L'asbl Promocoop coordonne le travail de ce groupe, et met continuellement à jour le dossier scientifique constitué sur les médicaments tranquillisants.

Participent aux travaux du groupe, des représentants d'Infor Santé

(Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes) et du service Promotion de la Santé (Union Nationale des Mutualités Socialistes).

Vie féminine et les Femmes Prévoyantes Socialistes vont mener des actions d'information auprès de leur public. Ces deux mouvements mettront aussi à la disposition des mandataires des ateliers et activités permettant de découvrir des alternatives pour mieux supporter son stress, pour mieux dormir.

Les intervenants du terrain sont soutenus par les chercheurs et évaluateurs de deux universités. L'UCL est chargée d'apporter une aide à l'évaluation et l'ULB une aide à la réalisation d'enquêtes. Ainsi compétences théoriques et actions concrètes se marient pour le plus grand bénéfice de tous.

Enfin, la Fares remplit le rôle de gestionnaire pour le budget de la campagne.

Et Question Santé, me direz-vous? Nous avons réalisé ce numéro spécial de "Réponses", en collaboration avec tous nos partenaires.

Nous interviendrons aussi pour relayer la campagne dans les médias, afin que nul n'ignore ce qui se passe en Communauté française et comment y trouver l'information ou l'aide qu'il est en droit d'attendre.

Réponses page 2

Question Santé Ensemble la santé

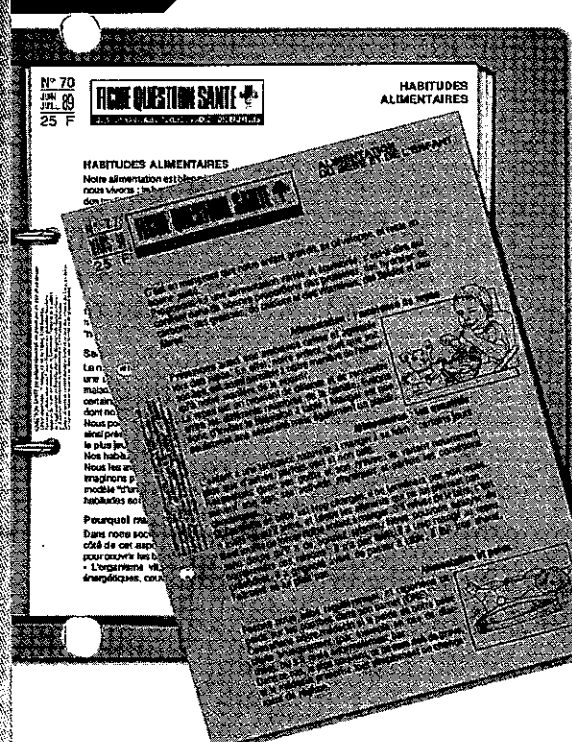
Pour la santé de votre famille :

Chaque mois, vous recevrez une fiche santé, un mensuel "Réponses" et vous bénéficierez du service "Information", qui vous aideront, vous et votre famille, à mieux gérer votre santé.

Affiliez-vous à Question Santé
Liste des fiches déjà parues :

- Acné (*)
- Acupuncture (**)
- Alcoolisme (***)
- Allaitement (**)
- Allergies (**)
- Alimentat. du bébé et de l'enfant (****)
- Antibiotiques (****)
- Antidouleurs et médicaments c/ la fièvre (****)
- Asthme (**)
- Biberon (**)
- Bronchite (*)
- Brûlures (*)
- Cancer : dépistage chez la femme (****)
- Constipation (**)
- Cystites chez la femme (*)
- Dents (**)
- Dents : prévention (*)
- Diabète (****)
- Diarrhée (****)
- Drogue (***)
- Eau (*)
- Fatigue (*)
- Fièvre chez l'enfant (***)
- Frigidité (*)
- Graisses (*)
- Grippe (*)
- Habitudes alimentaires (****)
- Hypertension (***)
- Impuissance masculine (*)
- Infarctus (**)
- Infection (****)
- Insomnie (****)
- Jogging (****)
- M.S.T. (****)

- Mal de dos (****)
 - Maladies d'enfance (****)
 - Maux de tête (*)
 - Ménopause (**)
 - Monoxyde de carbone (CO) (****)
 - Mutuelles (**)
 - Mycoses (****)
 - Ostéopathie (****)
 - Otite (****)
 - Peau et Soleil (****)
 - Pilule (**)
 - Plaies (**)
 - Poux (**)
 - Règles douloureuses (*)
 - Rubéole (*)
 - Soins (****)
 - Spasmodie (**)
 - Stérilet (**)
 - Stérilisation (*)
 - Stress (****)
 - Système digestif (****)
 - Tabac (****)
 - Tableau des calories (*)
 - Tétanos (*)
 - Tranquillisants (****)
 - Urgence (**)
 - Vaccin trivalent (**)
 - Vaccination (**)
 - Varices (****)
 - Vasodilatateurs (*)
 - Vitamines (****)
 - Vésicule biliaire (****)
- (*) fiche à 10 francs (**) fiche à 15 francs (****) fiche à 20 francs (****) fiche à 25 francs.



QUESTION SANTE
72, RUE DU VIADUC, 1050 BRUXELLES • 02/512.41.74

B o n à d é c o u p e r

POUR 540 FRANCS PAR AN SEULEMENT, je m'affilie à Question Santé. Pour 540 francs par an (soit 45 francs par mois seulement), je deviens membre de Question Santé et je bénéficie de ses services, c'est à dire de 10 fiches santé, de 10 numéros du mensuel "Réponses" et du Service "Information".

NOM _____ PRENOM _____
 DATE DE NAISSANCE : _____ PROFESSION : _____
 RUE N° et Bte : _____ CODE POSTAL : _____
 LOCALITE : _____ TEL : _____

Je deviens membre de Question Santé pour la somme de 540 francs
 Je commande toutes les fiches déjà parues (67 fiches) 670 francs
 Je commande les fiches cochées pour la somme de _____ francs
 Je commande le classeur pour ranger les fiches 100 francs
 Frais de port 30 francs
TOTAL _____ francs

J'effectue un versement au compte 068-2115054-93 de Question Santé
 Je joins un chèque barré libellé au nom de Question Santé

Pour bien dormir: préparer son nid

âge, il dépend de l'énerverment, des soucis. Par contre, le nombre d'éveils pendant la nuit augmente avec l'âge: un tiers des personnes de plus de 65 ans signalent des éveils fréquents et ont de la peine à se rendormir. Beaucoup se plaignent de se réveiller tôt, vers les cinq heures du matin. Mais la quantité de sommeil sur 24 heures reste souvent la même (environ 7 heures), car ces personnes font des siestes ou des mini-sommes pendant la journée. Le sommeil de la personne âgée est aussi moins riche en sommeil lent profond (sommeil réparateur).

Tout cela pour dire qu'il y a des modifications "normales" du sommeil avec l'âge.

En ce qui concerne les causes d'insomnie chez les personnes âgées, on peut évoquer les troubles physiques comme les problèmes de la prostate, les douleurs liées aux rhumatismes, les affections cardiaques et respiratoires, rénales, et digestives. Il faut également penser aux myoclonies nocturnes ou secousses musculaires brutales dans les jambes. D'autres personnes présentent des apnées respiratoires (interruption de la respiration pendant quelques secondes); celles-ci sont souvent associées au ronflement et à l'obésité.

L'insomnie peut aussi être dépendante des changements familiaux, sociaux et psychologiques: l'isolement social, le fait de quitter son domicile, l'entrée dans un home, la perte d'être proches, l'ennui, la perte d'intérêt, le manque d'activités; la dépression peut aussi provoquer un mauvais sommeil (réveil matinal précoce sans réendormissement).

Avant de recourir aux médicaments, il est préférable d'essayer d'autres techniques: maintenir des activités pendant la journée, répartir l'alimentation sur plusieurs repas, réduire la consommation d'alcool et de certains excitants comme le café, apprendre certaines techniques visant à la relaxation.

S'il prescrit des somnifères, le médecin conseillera aux personnes âgées de commencer avec de petites doses (1/4 de la dose de l'adulte). Il insistera sur un usage particulièrement prudent pour les personnes présentant des troubles respiratoires, rénaux, ou chez ceux ayant des troubles de l'équilibre. Sachez aussi que ces médicaments pourraient avoir un effet négatif sur la mémoire.

Peur du noir

Mon fils a peur du noir, et veut que je laisse la lumière dans sa chambre. Il veut aussi garder une peluche près de son oreiller. Ma mère se moque de moi: elle dit que ce sont des caprices, que je lui rend un mauvais service.

Elle me conseille de l'obliger à dormir dans le noir.

Pourtant, quand j'essaye, il ne s'endort pas, ou alors se réveille à cause de cauchemars.

Que dois-je faire ?

Les enfants, surtout entre 3 et 4 ans, passent tous par un moment où ils ont peur de certaines choses: du noir, des insectes, des monstres...

C'est un stade tout à fait normal de leur développement.

Les enfants ont souvent besoin d'un rituel avant de se mettre au lit. Des activités, chaque fois identiques, et réalisées dans le même ordre. Comme donner un bain, faire boire un peu d'eau, raconter une histoire... Ce rite permet à l'enfant de passer de l'état d'activité à un calme favorable à l'endormissement.

Pendant la nuit, il est préférable de ne pas se précipiter dans la chambre d'un enfant au moindre gémissement. Il peut être à moitié réveillé et se rendormira alors le plus souvent en quelques minutes. L'arrivée d'un parent à ce moment le réveillerait à coup sûr. Si l'enfant pleure plus de 1 à 2 minutes, une vérification s'impose: cauchemar, douleur? Si tout va bien, on peut le rassurer, le couvrir, lui dire bonsoir. Puis, il vaut mieux sortir de sa chambre assez rapidement.

Dans le cas de votre fils, vous avez certainement raison de lui laisser prendre sa peluche préférée à côté de lui pour dormir. Cette présence le rassure et l'aide à trouver le sommeil. D'autre part, vous pourriez proposer à votre fils de laisser la porte entrouverte et la lumière allumée dans le couloir, ou placer une petite veilleuse dans sa chambre. Cette crainte du noir passera progressivement. ■

Le nid idéal, convenant à tous, n'existe pas mais il existe un cocon idéal convenant à chacun. Les éléments qui font partie du décor du sommeil et de l'endormissement, ont la chambre, ou la pièce où l'on dort; le lit, ou le "panier" du dormeur; la position adoptée pour s'endormir. Tous ces éléments interviennent dans ce que l'on appelle l'hygiène du sommeil.

Bien sûr, il existe des conditions "idéales" ou plus hygiéniques. Ce qui paraît important c'est de trouver l'état de bien-être personnel qui peut préparer le sommeil. Chacun de nous a certaines habitudes, qui datent en général de l'enfance, qui induisent l'endormissement. Chacun peut faire l'inventaire de "son" confort, et s'interroger sur les différents facteurs qui peuvent influencer la qualité du sommeil et qui interviennent dans la mise en scène.

La température, la lumière, la décoration (couleurs, meubles), le bruit de la chambre me conviennent-ils? La dimension du couchage, la consistance du sommier, du matelas et de l'oreiller sont-elles satisfaisantes? Le nombre et la texture des draps et des couvertures sont-ils agréables?

A la recherche des rituels: la mise en scène du sommeil...

Comment obtenir le relâchement qui permet de passer de l'état de veille au sommeil? La question est paradoxale. C'est comme si l'on vous disait: soyez spontané. Car ce relâchement est "naturel". Les insomniaques pas-

sent souvent à côté du moment du passage du marchand de sable. Chassez le naturel, il revient au galop, dit-on. Encore faut-il connaître sa monture!

Nous avons une horloge interne qui détermine le cycle veille-sommeil. Cela se vérifie par exemple, lors des décalages horaires (voyages au long cours). Chacun d'entre nous peut aussi déterminer le nombre d'heures de sommeil qui sont nécessaires à son bien-être. Huit heures par nuit, c'est un nombre d'heures qui convient à la plupart, mais beaucoup ont besoin de plus ou de moins d'heures de récupération. Une fois ce nombre d'heures connu, et pour respecter l'horloge interne, il vaut mieux se coucher et se réveiller à des heures régulières. Régulier voulant dire: respecter la règle qui est la vôtre, par exemple 22h-8h, ou 24h-6h...

Le réveil est mis. Mais le sommeil ne s'installe pas. Les préoccupations (au sujet de la vie professionnelle, de la vie familiale, du sommeil) sont le meilleur moyen pour rester éveillé.

Il existe certains trucs ou conseils pour donner un coup de pouce à l'assoupissement. Un repas plantureux, bien arrosé promet une digestion laborieuse. Par contre (même si l'on dit "qui dort, dîne"), avoir l'estomac vide peut empêcher l'endormissement. Il vaut mieux prendre un repas du soir léger, sans excitants (café, thé, cola, alcool). Du moins si ces excitants sont pris moins d'une heure avant le coucher.

Certains se trouvent bien préparés au sommeil en prenant un bain ou une douche, voire un bain de pieds. D'autres vont se promener, effectuent quelques exercices de gymnastique, ont l'occasion de se faire masser, pratiquent la relaxation. Beaucoup de couples font l'amour avant de s'endormir, cela peut être efficace pour autant que les deux partenaires y trouvent satisfaction. Vous pouvez essayer, si vous aimez cela, de prendre une tasse de lait chaud sucré ou une tisane calmante (tilleul, par exemple). La télévision comme la lecture produisent des effets variables d'un individu à l'autre. Elles endorment ou excitent. En général, la musique a plutôt un effet relaxant.

Que peut-on retenir? La qualité du sommeil importe plus que la quantité. Une habitu-

de apaisante aide à s'endormir. Chacun a un rythme personnel de sommeil et une manière personnelle de s'endormir.

Pas de recette universelle donc. Partez plutôt à la recherche de vos propres rituels, ceux qui vous permettront de trouver le calme et de passer d'une période d'éveil au sommeil.

Au dodo, les enfants

Les rituels propices à l'endormissement sont souvent acquis dès l'enfance. C'est une période importante pour l'apprentissage de telles habitudes. Quand vous regardez votre enfant qui s'endort, vous pouvez voir les signes d'endormissement: l'enfant baille, les muscles qui équilibrent le regard perdent leur force, l'humidité de l'oeil se tarit, l'oeil "plafonne", le cou paraît plus souple. L'enfant recherche une position de "nidation" (il se met en boule), est sensible à certaines odeurs, à certains contacts.

L'enfant a besoin de sécurité pour pouvoir s'endormir. Il a besoin d'un moment de passage de l'éveil au sommeil. C'est ici qu'interviennent les rites ou conditions favorables à l'endormissement. Vous pouvez aider votre enfant en lui laissant le temps d'aller au lit. Quelques instants avant l'heure, il est possible de le prévenir. A chacun de trouver les "bons objets" accompagnant ce moment: les jouets, le chiffon, les livres, les séquences de comportements (déshabillage, installation des draps), les calins. Certains enfants ont besoin de lumière, d'entendre des bruits. Il est important de ne jamais présenter le lit (et le sommeil) comme une punition.

L'enfant peut apprendre, en voyant les adultes autour de lui, qu'il vaut mieux ne pas montrer que l'on a sommeil, que le sommeil peut s'assimiler à la paresse, que peu dormir est un signe de "force"; à l'inverse, il peut apprendre qu'il faut parfois avaler des médicaments pour dormir. Tout cela est vrai pour l'enfant, pourquoi ne le serait-ce pas pour nous, ses parents. ■

Les méthodes de relaxation

La relaxation sert à éliminer la tension nerveuse, et les symptômes qui l'accompagnent. Au sens large, la relaxation répond à un besoin naturel de détente présent chez l'homme comme chez l'animal.

Les méthodes de relaxation visent à obtenir chez l'individu une décontraction musculaire et psychique, à l'aide d'exercices appropriés. On parle de plus en plus de relaxation: en effet, on redécouvre le pouvoir de la concentration psychique sur les fonctions organiques. Que le point de départ de ces méthodes s'adresse au "mental" ou au "physique", on en arrive à la même finalité: l'être humain constitue un tout, dans lequel il y a de multiples interactions entre le physiologique et le psychique.

Les moyens naturels de détente

L'exercice physique

Il permet de combattre la torpeur et l'inertie physique, génératrices de tension nerveuse. Quand on se consacre longtemps à une activité intellectuelle, il est bon de se donner des "parenthèses physiques" plaisantes. Sont excellent pour dans ce cas la marche, le jardinage, ou les sports de fond (natation, jogging, bicyclette, golf...)

Par contre, attention aux "activités-covées", ou à la recherche des records à battre. Ce genre d'exercices peut être source d'une plus grande usure psycho-nerveuse.

Si vous avez arrêté une activité sportive depuis longtemps, il vaut mieux vous y remettre progressivement, pour arriver à une fréquence de trois fois par semaine, pendant une demi-heure.

Les gymnastiques douces

Dans le cadre du "retour au corps", évoquons la gymnastique douce, aussi appelée antigymnastique. La gymnastique traditionnelle valorise la technique, la performance, la musculature. Ici, au contraire, on favorise un travail de conscience de soi. Il s'agit d'accueillir les sensations, en reprenant contact avec des parties oubliées de notre corps, souvent peu sollicitées ou inhibées.

Les personnes qui ont permis son développement sont : Feldenkrais, Gerda Alexander (fondatrice de l'Eutonie), F.Mézières, T.Bertherat.

Les principes qui sous-tendent l'anti-gymnastique ? Le corps est un tout; être à l'écoute de son corps; travailler dans la détente et en profondeur; accorder la priorité au travail du dos; détendre les muscles à l'arrière du corps; être conscient que tout mouvement prend sa racine dans la direction opposée à son déroulement; travailler à son propre rythme et sans excès.

La respiration

On parle rarement de la respiration. L'air est pourtant le premier aliment. On se concentre peu sur sa façon de respirer. Bien sûr, c'est un réflexe, donc il s'oublie facilement. Mais les contraintes de la vie nous font souvent rédui-

re notre dynamisme respiratoire au minimum. Par la pratique de la respiration complète, on amplifie la respiration qui passe d'un volume de 400 - 600 centimètres cubes à 2000 - 3000 l

Associés à la relaxation, des exercices respiratoires permettent, par exemple de combattre les tensions, l'insomnie, la constipation.

On peut citer: la respiration par les narines, en alternant celles-ci; la respiration par le ventre. Le soir, on peut pratiquer la marche respiratoire, pendant dix minutes: on compte ses pas en inspirant (1,2,3), puis on bloque sa respiration (4, 5,6), on expire (7, 8, 9)...

Avant de vous coucher, pensez à vous étirer à fond en laissant pendre la mâchoire, en laissant venir le baïllement.

Le massage

Déjà du temps d'Hippocrate, on considérait le massage comme un moyen "capable de calmer la douleur, de dépurier le corps, de tonifier les tissus". Le massage active la circulation du sang, agit sur les terminaisons nerveuses de la peau. Il a des effets "psychologiques" positifs. Pour certains, au contraire, les effets peuvent être inhibants: se montrer nu, être touché ne leur permet pas de "recevoir" la détente du massage.

Il vaut mieux l'effectuer avec légèreté. On commence lentement et superficiellement pour terminer plus profondément.

Le massage s'accouple bien avec un bain et une séance de relaxation.

L'hydrothérapie

L'usage de l'hydrothérapie remonte aux temps les plus anciens. Puis elle tomba dans l'oubli, jusqu'au siècle dernier, où S.Kneipp, un prêtre allemand, redécouvre ses bienfaits. L'emploi de l'eau peut se faire de différentes manières: les enveloppements, les bains, les douches, les bains turcs, le sauna, la thalassothérapie (emploi de l'eau de mer), les cures.

La douche a une action stimulante. Le bain chaud est plutôt sédatif, le bain plus froid est plutôt tonique. Le bain relaxant dépend de la température de l'eau (30 à 34°), de la durée du bain (en général, 15 min). Vous pouvez terminer l'immersion par une douche fraîche et, après vous être essuyé et couvert, vous allonger pendant quelques minutes.

gulier, augmente en position couchée sur le dos. Il peut être favorisé par la fatigue, la prise d'alcool ou de médicaments tranquillisants, ou par une obstruction des voies respiratoires (nez, gorge). Dans certains cas d'obstruction nasale, de grosses amygdales..., l'O.R.L. (spécialiste nez-gorge-oreilles) pourra vous aider. Certains médicaments apportent un soulagement, par exemple en cas de nez bouché à cause d'une allergie.

Il existe un autre type de ronflement. Plus bruyant et irrégulier, il se caractérise par une succession de pauses et de reprises. Il s'accompagne de troubles de la mécanique respiratoire: en effet, le sujet arrête de respirer pendant des périodes de 10 à 20 secondes. Le sommeil est souvent agité, entrecoupé de réveils nombreux; on constate une fatigue au réveil, une somnolence pendant la journée et parfois des troubles digestifs.

Ce type de ronflement peut avoir des répercussions importantes sur l'état de santé; il est le signe d'une maladie, appelée le "syndrome d'apnées (arrêts respiratoires) du sommeil". Certains facteurs sont souvent associés, comme une surcharge de poids et des anomalies des voies respiratoires. La prise d'alcool et de tranquillisants,

les perturbations de l'horaire du sommeil (veilles tardives) favorisent ces ronflements. Une mise au point permet de faire le diagnostic du "syndrome d'apnées": un examen des voies respiratoires chez l'O.R.L., et un examen en laboratoire du sommeil. On vous propose d'y passer quelques nuits. Et on y étudie le sommeil, en effectuant un électroencéphalogramme et d'autres tests, comme la surveillance de la respiration. Le traitement consiste en la diminution du poids en cas d'obésité; dans certains cas, on recourt à la chirurgie: on sectionne le voile du palais.

Dans tous les cas de ronflements, il est utile de modifier certains facteurs qui peuvent influencer son apparition, tels que l'usage d'alcool, de tranquillisants, les irrégularités de sommeil. Il vaut mieux aussi inciter le ronfleur à changer de position.

Le ronflement est souvent cause aussi de bien des inconforts pour le partenaire

du ronfleur ! Il mérite donc que l'on recherche une solution, et ceci pour la santé de deux personnes... Parlez-en donc avec votre médecin de famille.

Sieste

J'ai pris l'habitude de faire une sieste après le repas du midi. La nuit, je dors environ sept heures. Plusieurs personnes autour de moi me disent que si je dors pendant la journée, c'est que je manque de ressort. Suis-je malade (ou paresseux...)?

Que du contraire ! Le travail continu est propre à la civilisation industrielle. D'autres civilisations, d'autres cultures connaissent l'alternance du travail et des moments de repos. Une expérience intéressante a été effectuée aux Etats-Unis. Des chercheurs de Boston ont placé des volontaires dans un étage en sous-sol, sans lumière, ni repère temporel (pas de montre). Laissés à leur rythme, ces volontaires dormaient en deux fois: une période de quelques heures, et une autre période plus courte. La première période correspondant à la nuit, l'autre à l'après-midi.

Nous savons que les peuples méditerranéens n'ont pas attendu cette expérience pour s'adonner à la sieste (ou à la méridienne, comme on l'appelle parfois).

Pourquoi une sieste ? Tout simplement parce que cela sert à reconcentrer l'attention, et que cela aiguise les facultés intellectuelles pour le reste de la journée.

La durée idéale de la sieste reste une détermination individuelle.

Certains disent qu'elle doit être courte (30 à 60 minutes). Ceux-là prétendent que ce repos ne doit pas être long, mais doit correspondre avec des moments où l'on sent un besoin de détente physique et musculaire. Si le sommeil à ce moment est trop long, il pourrait être la cause d'insomnie nocturne. D'autres préconisent plutôt des moments de repos plus courts (de quelques minutes) pendant lesquels on ne s'endort pas vraiment: on se relaxe, on fait une pause.

Il est vrai que la programmation du travail et de la vie sociale ne permet pas toujours de faire coïncider nos besoins de repos avec la vie que nous menons. Notre société, surtout depuis le 19ème siècle, a toujours eu tendance à considérer le sommeil comme du temps perdu. Du temps perdu pour le travail. Vous connaissez le dicton: "L'avenir appartient à ceux qui se lèvent tôt". C'est une expression qui en a culpabilisé plus d'un; elle correspondait à la morale de la bourgeoisie du 19ème qui encourageait le mérite et l'effort.

Pourtant, cette expression n'est pas vraiment fautive en soi. Vous connaissez des lève-tôt, des gens "qui sont du matin", et vous connaissez aussi des gens "qui sont du soir". Leurs activités ne sont pas vraiment comparables. Des études semblent montrer que les gens du matin sont beaucoup plus aptes à la vie en société - dans le rapport au travail, au monde social - que ceux qui sont du soir. C'est aussi une question de rythme biologique.

L'avenir n'appartient sans doute pas aux gens qui se lèvent tôt, mais ils sont peut-être plus adaptés à la vie quotidienne que les autres, voilà tout. La pression sociale peut être telle que le repos (en dehors de la période programmée, c'est à dire la nuit) devient parfois synonyme d'anormalité, maladie, voire paresse.

Insomnie des personnes âgées

Je suis âgé de 72 ans. J'ai de plus en plus souvent l'impression d'avoir mal et peu dormi. Je trouve difficilement le sommeil, je me réveille plusieurs fois pendant la nuit, et le matin, je suis hébété, de mauvaise humeur. Pendant la journée, je baille souvent et j'ai des accès de somnolence. Est-ce normal?

Votre constatation est tout à fait normale: le sommeil se modifie dans la troisième partie de la vie (ou troisième âge).

La durée totale de sommeil se réduit avec l'âge et descend à 7 heures en moyenne. Le temps d'endormissement varie peu en fonction de l'âge. Mais, comme à n'importe quel

vient handicapante lorsqu'elle vous empêche d'accomplir les tâches qu'auparavant, ou en d'autres circonstances, vous exécutiez sans problèmes. Cela peut aller d'un malaise vague et général jusqu'à la crise de panique.

La personne anxieuse peut se sentir tendue, craintive, peut se plaindre de troubles de concentration et de mémorisation. Elle peut ressentir des symptômes comme des maux de tête, des douleurs dans la poitrine ou dans le ventre, des palpitations, des difficultés respiratoires, avoir la sensation d'une "boule" dans la gorge.

La personne, en cas de crise de panique, peut avoir l'impression d'avoir une crise cardiaque (essoufflement important, transpiration, troubles du rythme cardiaque, douleurs dans le thorax...) ou avoir la sensation de devenir folle, ou craindre une mort imminente.

L'anxiété peut être liée au fait de devoir affronter une situation particulière, (changement de travail, nouvelles rencontres, relations sexuelles...). Certains ressentent de l'anxiété sous forme d'une peur irrationnelle d'un objet ou d'une situation. On parle alors de phobie (comme la phobie de certains animaux ou la claustrophobie, peur des espaces clos).

Parfois l'anxiété accompagne la privation soudaine de certaines substances comme le tabac, l'alcool, des médicaments comme les tranquillisants.

Plus rarement, les symptômes évoqués plus haut peuvent être le signe d'une maladie de la glande thyroïde.

En ce qui vous concerne, les signes d'anxiété sont peut-être renforcés par la crainte liée à votre histoire familiale: un parent proche, disparu dans des circonstances mal connues, au même âge que le vôtre.

Entre 40 et 50 ans, on parle souvent de la crise de l'âge mûr. Elle peut se produire pour plusieurs raisons, qui se mêlent: sentiment de ne pas avoir réussi, soucis de santé, inquiétudes au sujet de ses forces physiques et de sa séduction, de sa virilité.

Il peut être important d'en parler avec un médecin en qui vous avez confiance. Celui-ci pourra vous conseiller plusieurs manières de "gérer" votre anxiété.

Déprimée

Ces dernières semaines, je me sens démoralisée et je pleure souvent. Je me réveille au milieu de la nuit, et, à ce moment-là, des idées noires m'envahissent. Je ne comprends pas pourquoi. Je me dis que ce n'est pas normal, et j'ai peur de ne pas m'en sortir. On me conseille de demander des médicaments à mon médecin. Qu'en pensez-vous?

Nous avons tous des moments de "déprime", des périodes pendant lesquelles nous avons le moral qui bat de l'aile. Souvent, ces mauvaises passes peuvent être associées à des événements perturbateurs, et ces moments difficiles ne durent que quelques heures ou jours.

Il en va autrement en ce qui concerne la dépression qui, elle, s'installe pendant des semaines ou des mois. Les signes de la dépression sont nombreux et ne sont pas les mêmes pour tout le monde. Parmi ces signes, on peut citer: la tristesse, l'angoisse, le désespoir, la perte de moral, l'envie de pleurer sans raison identifiable, la culpabilité, le manque d'énergie, le repli sur soi, le manque de dynamisme... Les tâches les plus simples deviennent pénibles à réaliser, le plaisir déserte la plupart des activités. Ces signes peuvent s'accompagner de symptômes, comme de l'insomnie (réveils pendant la nuit, et souvent très tôt le matin sans réendormissement), la perte d'appétit, les maux de tête...

La dépression peut faire suite à des événements pénibles, comme le décès d'un être cher, une séparation, un divorce, la perte d'un emploi. Elle peut être consécutive au surmenage, à un excès de stress prolongé ou à une maladie. Parfois aussi, elle survient après un événement à première vue heureux: une naissance, un mariage, une promotion...

Mais souvent, on ne trouve pas de cause immédiate qui puisse expliquer la dépression. C'est d'autant plus difficile à vivre, car cette situation peut augmenter le sentiment de culpabilité. Surtout qu'il se trouve souvent quelqu'un pour suggérer: "Ne te laisse

pas aller! Tu n'as aucune raison d'être triste. Secoue-toi. Il ne te manque rien..." A ce moment on peut avoir tendance à s'isoler encore plus.

Que pouvez-vous faire? D'abord, laissez-vous aller à ce que vous sentez: par exemple, pleurez, râlez, clamez votre découragement ou votre colère. Ne vous forcez pas à l'activité.

Parlez de ce que vous ressentez: par exemple à quelqu'un de votre entourage, et avec votre médecin. Celui-ci vous prescrira peut-être des médicaments antidépresseurs: ceux-ci sont efficaces, et ne provoquent pas d'accoutumance, ni de dépendance. Il vous conseillera peut-être une psychothérapie, c'est à dire le traitement des problèmes psychologiques par un psychothérapeute. Celui-ci vous écoutera, vous encouragera à parler de vos difficultés et vous permettra de faire le point sur votre situation psychologique.

La dépression peut être vue comme une période de crise. Elle vous donne une chance: elle vous amène à vous poser des questions sur votre manière de vivre, vos relations familiales et amoureuses, votre travail... et ainsi elle peut être le point de départ et l'occasion d'un changement.

Ronflements

J'ai souvent des difficultés à trouver le sommeil, car mon mari a la "mauvaise" habitude de ronfler. C'est déjà un problème. Mais je suis aussi inquiète car une amie m'a répété les paroles d'un médecin. Selon celui-ci, le ronflement peut être dangereux, pour le "ronfleur". Est-ce vrai?

Pour répondre à votre question, parlons du phénomène du ronflement. Celui-ci est un bruit provoqué par la vibration des tissus mous de la gorge (surtout le voile du palais) lors de la respiration. On estime qu'environ 20% des gens, surtout des hommes, ronflent. Cette fréquence augmente avec l'âge: 65% des hommes, après 45 ans, ronflent.

Le ronflement simple est souvent léger, ré-

Toutes ces méthodes sont des outils valables, il vous faudra choisir en fonction des possibilités dans votre région, et de vos affinités pour le type de relaxation et pour le thérapeute.

L'apprentissage d'une technique de relaxation

Il existe plusieurs méthodes de relaxation. Les plus connues sont le training autogène de Schultz, la méthode de Jacobson, la relaxation d'inspiration psychanalytique. Votre médecin de famille pourra sans doute vous guider dans votre choix de l'une ou l'autre de ces méthodes, et vous conseiller un thérapeute. Les ateliers de gestion du stress recourent à certaines d'entre elles. Toutes ces méthodes sont des outils valables, il vous faudra choisir en fonction des possibilités dans votre région, et de vos affinités pour le type de relaxation et pour le thérapeute.

Le training autogène de Schultz

Training pour "entraînement, exercice", et autogène pour "venant de soi-même". Inspirée de l'hypnose, la technique du docteur Schultz recourt à l'autosuggestion. Il avait remarqué que les personnes, sous hypnose, évoquaient une sensation de pesanteur (due à la décontraction musculaire) et de chaleur (à cause de la dilatation des vaisseaux sanguins). Des effets que l'on peut obtenir de "l'extérieur", par un massage par exemple.

Le training de Schultz vise à reproduire ces effets en travaillant de "l'intérieur", par autosuggestion. Ces sensations traduisent une déconnexion totale de l'organisme.

La méthode se pratique en position assise ou couchée et commence par six exercices de base. Elle propose d'abord de faire l'expérience de la pesanteur, de la chaleur, suivent ensuite des exercices respiratoires, cardiaques, abdominaux, et au niveau de la tête. On peut apprendre cette technique auprès d'un thérapeute, et puis la pratiquer seul, chez soi. Un à six mois sont souvent nécessaires à sa maîtrise.

La méthode Jacobson

Jacobson, neurophysiologiste, s'est intéressé aux effets de l'émotion sur le corps. Il a observé que les émotions s'accompagnaient de tensions musculaires. Il a émis l'hypothèse qu'en travaillant sur la contraction des muscles, on pouvait obtenir la disparition des émotions "gênantes" (entre autres l'anxiété).

La méthode (appelée aussi relaxation progressive) cherche à établir une légère tension d'un ou de quelques muscles, à être attentif à cette tension puis à relâcher le corps en entier. Jacobson avait remarqué qu'en décontractant les muscles volontaires (du squelette), on agissait aussi sur les muscles lisses (ceux des organes, digestifs par exemple).

La relaxation se pratique en position couchée et consiste en plusieurs étapes: détente des bras, des jambes, du front, des yeux, des muscles de la parole, de la respiration. Cette méthode exige du sujet un entraînement journalier, et des séances 2 à 3 fois par semaines avec le thérapeute.

La relaxation d'inspiration psychanalytique

On insiste ici sur la relation entre le thérapeute et le "patient." Celui-ci doit se sentir compris, accepté tel qu'il est, puis tel qu'il voudrait devenir.

Le relâchement musculaire est présenté à la personne comme un acte voulu par lui, dans le cadre de sa "collaboration" avec le thérapeute. On approfondit les incidences relationnelles et psychologiques de la tension musculaire. L'apprentissage de la maîtrise du tonus musculaire pourra dénouer les tensions corporelles et affectives.

La méthode Vittoz

C'est une méthode mise au point par un médecin suisse, le Dr. Vittoz, ayant vécu au XIXe siècle.

L'exercice le plus simple à cet effet consiste à devenir conscient, "ici et maintenant", de ses propres sensations. Vous êtes assis dans un fauteuil. Vous vous concentrez sur le contact de votre main avec le tissu. Est-ce chaud, froid, lisse, rugueux? Vous êtes entièrement dans la sensation. Et vous continuez avec les autres sens. Vous écoutez, en vous concentrant sur chaque son perçu, voire le bruit de votre respiration. Vous ouvrez les yeux, vous voyez les formes, les couleurs. Vous humez les différentes odeurs, vous goûtez les diverses saveurs.

La deuxième étape consiste à s'entraîner à être maître de son imagination. Vous imaginez certains graphiques (huit, spirale, échelle,

par exemple) et vous les tracez sur un tableau imaginaire; puis vous jouez avec ce dessin, comme vous l'avez souvent fait dans vos cahiers d'écolier. Vous êtes tout entier dans cette image. Cela paraît simple, cela demande de l'entraînement, car nous sommes habitués à nous laisser distraire. Ici on nous demande de nous concentrer et de nous laisser aller dans cette concentration. Il s'agit de reprendre en main le contrôle cérébral. Les exercices Vittoz, c'est le contraire de l'activisme effréné de l'homme pressé, ou de l'apathie distraite du déprimé. Ces exercices peuvent être conseillés à ceux qui se plaignent de surmenage ou de manque d'énergie.

La sophrologie

Ce terme tire ses racines du grec: "sôs" qui veut dire harmonie, "phrên" qui veut dire conscience, esprit, et "logos" qui veut dire étude: donc l'étude de l'harmonie de la conscience. La sophrologie est née en Espagne, créée par un médecin A. Caycedo.

Que va proposer le sophrologue? Une séance comporte plusieurs étapes, variables selon la demande exprimée. Avant tout, il y a écoute de la personne, puis explication des exercices proposés; ensuite "sophronisation", c'est à dire une relaxation physique et mentale; puis interviennent une concentration sur les sensations corporelles, un conditionnement mental (visualisation d'images positives, réalistes, centrées sur le corps); la séance se termine par une reprise progressive avec le réel, en ouvrant les yeux.

L'état atteint est proche d'un état hypnotique, entre veille et sommeil. Caycedo dit que "la sophrologie apprend à réveiller ses propres systèmes de défense en face des agressions de l'époque."

Avec de l'entraînement, la personne pourra pratiquer cette méthode, seule, chez elle. La sophrologie est appliquée dans le domaine médical (troubles psychosomatiques, préparation à l'accouchement), et aussi dans d'autres domaines, comme le sport, la pédagogie.

La psychothérapie

Il s'agit d'un traitement utilisant des techniques psychologiques, assuré par un psychothérapeute. Celui-ci peut être un psychiatre,

Les méthodes de relaxation

un psychologue, ou une personne ayant suivi une formation à la psychothérapie.

Les moyens que le psychothérapeute propose à son "client" varient selon les "écoles" dont sont issus ces praticiens. Mais, le plus souvent, ils consistent à écouter le "patient", à l'aider à découvrir, exprimer, clarifier ses sentiments.

Les émotions peuvent être bloquées, car elles sont reliées à des événements douloureux de l'histoire du patient. La relation qui s'établit entre le thérapeute et le client est un des éléments importants de l'action psychothérapeutique.

La psychothérapie est un processus qui peut être long. Elle implique une participation continue. Il est donc important de bien choisir le psychothérapeute. Il est utile de prendre son temps, et d'en voir quelques-uns avant de commencer une psychothérapie. Choisissez en fonction de vos affinités et de votre bon sens. Parlez ouvertement à votre thérapeute: dites-lui comment vous réagissez à sa thérapie et à sa personne.

Il existe plusieurs méthodes ou écoles de psychothérapie: psychanalyse, psychothérapie comportementale, bioénergie, analyse transactionnelle, gestalt, programmation neuro-linguistique, thérapie de groupe (une dizaine de personnes réunies régulièrement, sous la conduite d'un psychothérapeute). Depuis une vingtaine d'années, on assiste à une prolifération de nouvelles approches thérapeutiques.

Répétons-le, la relation qui s'établit entre le thérapeute et le client est probablement plus importante que la technique utilisée.

Le yoga et d'autres techniques orientales

La discipline yoga est une école du corps et de l'esprit, une méthode intégrale dans laquelle les éléments physiques ne peuvent pas être dissociés des éléments spirituels. Ceci est vrai pour toutes les techniques qui nous viennent de l'Orient: elles sont issues d'une culture religieuse et contemplative. Ces techniques visent un même objectif: le retour à l'harmonie, la réinsertion de l'individu dans un ensemble (le cosmos).

Le mot yoga vient de yog: atteler ensemble, unir.

D'un point de vue physique, le yoga peut aider au relâchement musculaire, d'un point de vue psychique, il aide à détendre les tensions, à contrôler les émotions. Les exercices de yoga se décomposent en deux phases: une phase dynamique (adoption d'une posture) et une phase statique (maintien de la posture). Ces exercices nécessitent une grande concentration. De plus, dans le yoga, on s'intéresse particulièrement à la respiration.

En ce qui concerne les autres techniques orientales, nous citerons: le Tai-Chi-Chuan (tient du yoga, de la gymnastique douce, de la danse, du mime, de la méditation), le Shiat-su (massage à base de frictions et de pressions, acupuncture sans aiguilles), le Do-In (sorte de micro-yoga de chaque partie du corps, même base que le Shiatsu). ■

Comment se relaxer, seul, chez soi ?

Il vaut mieux choisir un endroit calme et confortable. Allongez-vous sur un lit ferme ou sur un tapis.

Les exercices peuvent se répéter quotidiennement, pendant 10 à 20 minutes. Certains pratiquent la relaxation sur un fond musical (il existe des enregistrements appropriés).

La tête et les épaules sont éventuellement soutenues par un petit coussin. Les bras et les jambes sont légèrement écartés. Vous avez les yeux fermés. La respiration se fait plus lente, par les narines. Inspiration et expiration s'égalisent. La tension musculaire se dissipe, le corps s'abandonne à la pesanteur.

Puis vous vous concentrez sur les différentes parties de votre corps. Très lentement. Vous faites le tour du propriétaire: front, paupières, mâchoires se relâchent, puis gorge, poitrine, épaule, bras, poignet, main, ventre, bassin, cuisse, genou, jambe, pied, orteils; vous pouvez relâcher un côté du corps, puis l'autre.

La reprise se fait en respirant profondément trois ou quatre fois, puis vous vous asseyez, vous vous étirez et vous ouvrez les yeux... tout cela en douceur. Chaque fois que vous avez tendance à "filer" (vers une idée, un souci, ou envahi par la somnolence), concentrez-vous sur la partie du corps examinée. Au début, ces exercices inhabituels sont souvent difficiles, patience!

au féminin...

Le moral, proie désormais rêvée de l'anxiété et des idées noires, peut aussi s'en ressentir. Avec parfois la dépression à la clé.

Regard miroirs

Pas évident d'être super-woman aux yeux des autres, à son propre regard. Pas évident, et sans doute souvent épuisant!

La vie est loin d'être "un long fleuve tranquille", chaque jour porte son lot d'exigences, de difficultés à affronter. Parfois dans la solitude et l'isolement: l'absence de contacts, l'ennui contribuent alors à aggraver la perception de ces problèmes. Se créer de nouvelles obligations peut être la goutte d'eau qui fait déborder le vase.

Indispensable: savoir se faire plaisir, se ménager des pauses, sortes de mini-récréations dédiées aux goûts de rêves ou de balades en solitaire; savoir les apprécier, même si le regard des autres se fait un tantinet narquois ou apitoyé. Oser exprimer une opinion qui ne fait pas l'unanimité, refuser une invitation qui n'enthousiasme pas. Et, pour relativiser une situation vexante ou délicate, rien de tel que l'humour. Osons fermer de temps à autre la porte aux sollicitations et aux amis envahissants. Aux situations inutilement stressantes. Donnons-nous aussi le droit de pleurer tout notre saoul, de crier notre "ras le bol". S'obliger à "sauver les apparences" envers et contre tout prolonge cruellement un état de crise qui risque fort de devenir incontrôlable. Et interminable.

Moments critiques

Le stress, et parfois la dépression peuvent également être liés à certains moments particulièrement critiques de la vie.

Les maladies, surtout prolongées peuvent être responsables de stress, et de dépression. Ainsi qu'un accident grave.

Les ruptures, les chagrins d'amour, la perte d'un emploi, un deuil... autant de situations fragilisantes, sources de stress lié à une peine, un manque de confiance en soi, à la culpabilité parfois.

Les semaines qui suivent l'accouchement entraînent parfois elles aussi leurs crises de

larmes, leurs insomnies, leur mal d'être et de ne pas se sentir à la hauteur de l'amour et des demandes de bébé.

Deux points-clés: l'adolescence et la ménopause. Bouleversements physiques, mais aussi changements de la façon de vivre. La fin du paradis de l'enfance, le choix des études, d'amis, la peur de décevoir les espérances des adultes, le désir de garder intact leur amour pour l'une. La fin d'une carrière, l'éloignement des enfants, parfois la perte d'un compagnon, l'approche de la vieillesse pour l'autre.

Relax !

Galoper de l'aurore au crépuscule pour mener de front une vie sociale, et familiale. Difficile d'y faire face!

En état d'urgence chronique, comment prendre encore le temps de respirer, de manger à son aise et équilibré? Souvent alors, nous consommons beaucoup de graisses, de sucres raffinés. Nous négligeons les fibres, forçons sur le café ou le thé "pour un petit coup de fouet", le ballon de rouge ou le verre d'apéro "pour la détente". Et en période printanière, nous nous lançons parfois dans d'épuisants régimes amaigrissants...

Comme pour mieux favoriser l'apparition et l'installation du stress.

Vive donc le temps de vivre, de manger, de se détendre!

Pourquoi en rajouter ?

La personne en état de stress a déjà son compte d'exigences! Inutile de lui reprocher son état de stress, de l'abreuver de bons conseils, de lui proposer des vacances aux antipodes, de l'exhorter à se secouer. Superflu de tenter de la convaincre, culpabilité en prime que son inconséquence, sa boulimie de travail, sa volonté de paraître toujours en forme l'ont menée "au bout du rouleau".

Mieux vaut respecter son désir d'isolement, l'écouter -sans juger- lorsqu'elle se confie. L'entourer d'affection et de compréhension. La prendre au sérieux et, peut-être,

lui conseiller de consulter un médecin.

On n'éternise pas sans risque pour sa santé, tant physique que psychique, un excès de stress.

Le médecin généraliste, le médecin de famille, écoute, propose un traitement et/ou oriente vers une relaxation, un psychothérapeute, un psychologue. Immédiatement, ou quand l'état de crise est passé. Ces spécialistes aideront à comprendre les raisons inconscientes qui nous ont amenés à cette crise, à modifier certains comportements responsables de malaise et de stress, à reprendre confiance.

Ils favoriseront le déblocage d'énergies coincées, apprendront à les utiliser de manière satisfaisante, permettront aussi l'expression des émotions.

Mieux vaut prévenir

Des méthodes douces contribuent à l'équilibre de celui qui est sujet au stress.

L'exercice musculaire (natation, vélo, gymnastique douce), les massages sont autant d'aides à une reprise de conscience du corps, à un désir de détente et de vivre mieux.

La relaxation, le yoga, outre qu'ils peuvent agir à titre préventif, permettent d'atténuer les douleurs (crampes d'estomac, colites, etc) provoquées par l'anxiété.

Les groupes de rencontre permettent aux participants de partager leurs expériences, et de trouver un soutien grâce au vécu en commun de certaines difficultés.

Puis, il y a les mille et un trucs du quotidien, astuces respiration-décontraction, qui permettent de "déstresser" rapidement. A utiliser juste avant un rendez-vous important, pour surmonter un trac terrible, pour commencer la journée avec énergie. Et sérénité. ■

Brèves

SELF-HELP

LE CHEMIN DE L'ABSTINENCE PASSE PAR LES NARCOTIQUES ANONYMES.

De nombreux exemples l'ont montré: la méthode de sevrage employée dans les groupes des Alcooliques Anonymes est utile pour d'autres formes d'accoutumance. Ceci explique pourquoi les Narcotiques Anonymes, groupe de self-help en fonctionnement depuis trois ans, en fait usage dans ses réunions hebdomadaires.

Ceux qui s'assoient autour de la table chez les Narcotiques Anonymes ont fermement décidé de mettre fin à leur dépendance vis-à-vis d'une substance (drogue, médicament...). Dès lors, la condition fondamentale qu'ils s'imposent est d'en cesser la prise. Cela peut paraître évident: pour ne plus dépendre d'un produit, il faut d'abord arrêter de le consommer. L'expérience le confirme, c'est quand le corps est libéré de ces substances que le travail de compréhension de soi qui se réalise dans le groupe des Narcotiques Anonymes porte ses fruits. La recherche de ses motivations, de ses buts, de ses craintes ou de ses carences affectives à laquelle s'astreint le participant est favorable à sa stabilisation. Les Narcotiques Anonymes sont en effet de l'avis que l'abus de narcotiques est une maladie.

La technique des Narcotiques Anonymes semble simple. Elle est pourtant exigeante et met en évidence l'importance du soutien apporté par le groupe qui accueille le dépendant et l'encourage à changer son comportement.

Le groupe des Narcotiques Anonymes veut rester indépendant des professionnels de la santé. Ceci ne signifie pas qu'ils nient l'efficacité des thérapies conventionnelles ou qu'ils repoussent toute idée de complémentarité.

L'occasion est bonne de préciser que le groupe s'intéresse à de multiples facettes de la dépendance aux "drogues" douces, dont font bien-sûr partie la majorité des médicaments du système nerveux et du cerveau. Il a plus d'une fois aidé des personnes confrontées à des problèmes d'accoutumance et de surconsommation de tranquillisants.

Les réunions ont lieu, gratuitement et dans l'anonymat le plus strict, le vendredi soir dès 20 heures. Adresse: 3 rue de l'Abricotier à 1000 Bruxelles Contact : Pierre au 02/479 56 67.

ON NOUS FAIT SAVOIR

SI CERTAINS MEDICAMENTS VOUS POSENT DES PROBLEMES...

Ne plus se sentir très bien dans sa peau, être déprimé, stressé, prendre des médicaments pour les nerfs ou y songer, être en relation avec quelqu'un qui en consomme, tous ces cas sont fréquents. Rechercher un lieu pour en parler librement, afin de découvrir une solution, ce n'est pas évident. Cependant, il existe au moins une façon simple

d'obtenir des informations adéquates et détaillées, sur les diverses possibilités de consultations offertes. Elle consiste à appeler le service "Info Santé Mentale" de la Fondation Julie Renson, ou la Ligue d'Hygiène Mentale. Un coup de téléphone, au cours duquel vous décrivez la situation, vous permet d'obtenir les coordonnées des centres répondant le mieux à vos attentes, ainsi que d'autres renseignements pratiques. Le personnel de ces services d'information est compétent, discret, accueillant et formé à l'écoute des récits les plus sombres. Ce sont des éléments importants quand il s'agit de rendre l'espoir et la confiance en soi. N'hésitez donc pas à faire appel à :

- Info Santé Mentale : 02/649 56 65 - 647 51 30

- Ligue d'Hygiène Mentale de Wallonie : 081/22 21 26

- Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale : 02/539 03 63 -539 03 79

ON EN PARLE

LES SERVICES D'ECOUTE TÉLÉPHONIQUE : PARLER, ÇA FAIT DU BIEN.

Exprimer une émotion douloureuse, livrer un secret petit ou gros, une opinion embarrassante, parler d'une source d'ennuis ou de plaisirs, cesser de contenir sa tristesse, avouer que l'on est sur le point de craquer, voici quelques raisons d'appels adressés aux services d'écoute téléphonique. Nous savons tous à quel point certaines situations sont difficiles à vivre. S'il nous est alors difficile de communiquer notre malaise, il risque d'augmenter au point parfois de déclencher une situation de crise. Le besoin d'être écouté existe chez chacun d'entre nous et les écoutants sont là pour faciliter l'écoulement des mots et des émotions à travers le téléphone. Ils accueillent les communications dans l'anonymat. A cette confidentialité s'ajoute une aptitude de leur part à accepter les propos de l'appelant tels qu'ils sont, et à ne pas juger ni critiquer son point de vue. Les services d'écoute téléphonique fournissent, on le comprend, une aide inestimable aux personnes en détresse, grâce au réconfort et à la chaleur d'une écoute tolérante.

Les services cités ci-dessous sont à la disposition du public 24 heures sur 24 :

- Télé-accueil :1991 (numéro valable partout dans le pays)

- Télé-secours : 02/511 91 55 - 653 86 75

- Centre de prévention du suicide : 02/640 65 65

- Infor-Drogues : 02/537 52 52

LE STRESS... ET SI ON S'ARRETAIT ?

Tel est le titre de ce livre d'une cinquantaine de pages, rédigé par l'équipe Promotion de la Santé (Union Nationale des Mutualités Socialistes et Femmes Prévoyantes Socialistes).

Les auteurs accompagnent le lecteur tout au long d'une démarche, à la recherche d'une meilleure gestion du stress.

Ce livre peut être obtenu au prix de 150 francs, au siège de l'UNMS, 32, rue Saint Jean - UNMS : 02/515 05 85

Le stress

Le stress au féminin

Indispensable état de stress. Il permet d'affronter les difficultés, aide à se surpasser, à faire face aux situations les plus imprévisibles et les plus exigeantes. Il aide à gérer ses émotions. Sans lui, tout semblerait monotone.

Inutile -et dangereux- pourtant d'en abuser ! En effet, face à une situation nouvelle, même désirée (le rendez-vous avec un nouveau patron ou l'institutrice de son cancre de fils, une session d'examen, etc) le corps réagit, se met en état d'alerte. Le système nerveux est stimulé, les rythmes cardiaque et respiratoire s'accroissent, conséquence d'un besoin accru en oxygène ; l'attention réclame plus d'énergie, une disponibilité rapide des graisses et des sucres dans le sang. Il se produit une décharge d'hormones : la cortisone et les catécholamines.

Rien que de très normal, voire de salutaire.

Nerfs haute-tension

Lorsque cet état d'alerte se prolonge ou se répète, fragilisé encore par une hygiène de vie défaillante -abus de café, de tabac ou d'alcool ; manque de sommeil ; mauvaise alimentation et absence d'activités physiques- ou par un rythme de vie frénétique, un travail insatisfaisant, cette permanence de stress devient excessive.

Fatigué d'être sans cesse confronté à diverses demandes d'adaptation, le corps se rebiffe. Le sommeil fuit ou, au contraire, se fait obsession, réconfort de chaque heure de la journée. Douleurs musculaires, troubles digestifs, perte de la mémoire et de la concentration, irritabilité et mauvaise humeur chronique, lassitude, manque d'intérêt pour ce qui, hier encore pimentait le quotidien ... l'organisme s'éssouffle.

La vie paraît terne, inintéressante, au même titre d'ailleurs que la famille et les amis que l'on abandonnerait volontiers pour poser sa malheureuse personne sur une île aussi déserte que lointaine.

Un médecin vous répond

Médicaments neuroleptiques

Ma belle-fille a dû suivre un traitement (elle a pris un médicament appelé Orap). Peu après, mon fils a suivi le même traitement. Ils avaient traversé tous les deux une période pendant laquelle ils avaient eu beaucoup de tracas. Leur comportement était différent après avoir pris ce médicament: ils paraissaient égarés. J'ai appris que l'on donnait ce médicament dans des "maisons de fous". Que pensez-vous de ce médicament ? Est-il permis de donner ce genre de produit ?

Il est difficile de discuter de l'utilité de ce traitement dans les cas que vous évoquez. Car nous n'avons pas beaucoup d'éléments de l'histoire de vos enfants. Nous ne pourrions donc vous donner que des renseignements généraux concernant ce type de traitement. Nous vous conseillons, pour des informations plus précises quant à votre fils, de contacter son médecin traitant. En sachant néanmoins que celui-ci pourrait refuser de vous faire part du diagnostic: en effet, il peut juger qu'il est tenu au secret médical.

Orap fait partie d'une classe de médicaments appelés neuroleptiques. Ce sont des médicaments qui agissent sur le psychisme.

Ils sont prescrits en cas d'affections qui troublent la personnalité. Dans ces cas, le malade peut présenter divers symptômes tels que: grande angoisse; confusion (c'est-à-dire difficulté à différencier hier d'aujourd'hui et de demain; difficultés à s'orienter dans l'espace); parfois la personne a des "visions" ou raconte des histoires bizarres, ou alors présente une grande agitation, ou se fait remarquer par des comportements extravagants; ou encore au contraire, elle reste prostré, en ruminant des idées de culpabilité, de mort. Les personnes qui sont dans cet état souffrent souvent de leur état, ou parfois sont amenées à avoir des conduites dangereuses pour elles-mêmes ou pour les autres.

C'est pourquoi un traitement se justifie. Ce traitement fait appel, entre autres, aux médicaments neuroleptiques. Il est vrai qu'au dé-

but du traitement, ces médicaments peuvent entraîner de nombreux effets secondaires. Le malade a l'air d'être absent, somnoie, indifférent, "figé". On peut aussi observer des tremblements, des spasmes de certains muscles. Mais ces ennuis sont souvent transitoires, et le médecin peut changer les doses pour éliminer certains effets gênants. Plus rarement, des spasmes musculaires ou des tics peuvent s'installer, de manière définitive: cela arrive surtout en cas de traitement prolongé, à fortes doses.

Faut-il donner ces médicaments ? Dans certains cas, ils ont permis de ne plus recourir à des traitements plus "effrayants" comme la vieille camisole de force, l'enfermement dans les "chambres capitonnées", le recours aux électrochocs.

Toute maladie mentale concerne aussi bien le corps que l'esprit. Les soins apportés peuvent l'être au moyen de médicaments, de soins corporels (kinésithérapie, massages, ergothérapie), aussi au cours d'entretiens (psychothérapie). Cela se fait parfois dans des institutions. Il est parfois important d'associer la famille à de tels traitements, par des entretiens au cours desquels la famille est présente.

Dormir 8 heures par nuit ?

Je dors généralement 6 heures par nuit. Or, j'ai souvent entendu qu'il fallait dormir ses huit heures. Mais quand je m'efforce de dormir plus, je me réveille mal et je me sens pas en forme. Que faut-il en penser ?

En effet, on dit souvent qu'il faut dormir huit heures par nuit pour être en forme. C'est à la fois vrai et faux ! C'est vrai parce qu'environ 60% des gens dorment effectivement 8 heures par nuit, habitude culturelle ou nécessité, on ne sait pas. Mais les 40% qui restent dorment beaucoup plus ou beaucoup moins. Imaginez-vous qu'environ 5% des gens dorment moins de cinq heures et 2% dix heures ou plus. En somme, chacun adopte le rythme qui lui convient. Je dirais donc que, dans sa formulation, l'expression est fautive. Bien que la majorité de nos contemporains

dorment 8 heures par jour, personne n'est obligé de les imiter pour trouver son équilibre. Les besoins en sommeil sont différents d'une personne à l'autre.

Il existe un rythme biologique, une espèce d'horloge intérieure, qui détermine le temps de veille et de sommeil. C'est elle qui nous programme, et c'est elle aussi que nous prenons parfois plaisir à dérégler. L'ennuyeux, avec cette horloge, c'est qu'elle nous reste en mémoire pendant plusieurs jours après que nous l'ayons dérégulée, volontairement ou pas. Par exemple, les ouvriers qui travaillent à pause ont du mal pendant les premiers jours à s'adapter au nouvel horaire. Tout simplement parce que leur horloge fonctionne toujours à l'ancien rythme. C'est une situation qui se produit également lors de décalages horaires ou tout simplement lorsque nous tenons à contrer notre horloge biologique pour des tas de bonnes ou mauvaises raisons : travail en retard, télévision, etc...

Ce n'est pas une bonne chose de dérégler cette horloge sans arrêt. On pense que cela pourrait avoir une influence sur l'apparition de maladies ou sur le vieillissement, par exemple.

Les meilleurs conseils qu'on puisse vous donner ? D'abord, dès que le train du sommeil arrive, sautez dedans, n'attendez pas le prochain; bien sûr cette solution idéale n'est pas toujours possible. Ensuite, dormez à votre rythme, selon vos besoins: ainsi vous vous réveillerez frais et dispos !

Anxieux

Il m'arrive de sursauter pour un rien. Il m'est souvent difficile de me concentrer. Je me sens perpétuellement tendu. J'ai des difficultés pour avaler, le coeur qui bat très vite. Je me demande si je ne deviens pas fou, surtout que mon grand-père est mort dans des circonstances inexplicables, au même âge que j'ai actuellement (j'ai 43 ans).

Les symptômes que vous évoquez sont souvent les signes de l'anxiété. Celle-ci est une réaction naturelle à une situation difficile, à un changement important. L'anxiété de-

Les tranquillisants : utiles

Les familles de tranquillisants

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.

Liste des médicaments à base d'antidépresseurs:
Allétron - Anafranil - Concoridin - (Déanxit) - Dixéran - Evadyne - Floxyfral - Insidon - Iproclozide - Kevopril - Lerivon - (Limbitrol) - Ludiomil - Marplan - Nardelzine - Niamid - Nortrilen - Noveril TR - Pertofan - Prothiaden - Prozac - Quitaxon - Redomex - Serelan - Sinequan - Surmontil - Tofranil - Trazolan - Tryptizol - Tymelit - Valivan

Les neuroleptiques sont des tranquillisants très puissants. Ils sont très utiles pour soigner les personnes atteintes de "psychoses". Ces personnes peuvent avoir des hallucinations et de l'agitation. Ils ne sont pas conseillés pour soigner d'autres affections, comme la dépression et l'anxiété banale.

Liste des médicaments à base de neuroleptiques:
Anatenzol - Barnetil - Buronil - Clopixon - Dehydrobenzperidol - Dipiperon - Dogmatil - Dominal - Eucos - Equipertine - Etumine - Fluaxol - Frenactil - Haldol - Imap - Impromen - Largactil - Loxapac - Majeptil - Melleril - Moditen - Neuleptil - Nozinan - Orap - Pasaden - Permitil - Piportil - Prazine - Sedalande - Semap - Sevinol - Siquil - Sordinol - Sulpiride - Taxilan - Tiapridal - Trilafon - Triperidol - Truxal - Truxalettes - (Vesalium)

Les tranquillisants proprement dits sont ceux qui calment les angoisses, et aident à dormir. On distingue principalement les barbituriques, le méprobamate et la méthazolone, 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

(Suite page 9, col. 3)

Les tranquillisants "benzodiazépines"

Quels sont les avantages des tranquillisants "benzodiazépines"

Les benzodiazépines ont quatre effets principaux: myorelaxant (ils relâchent les muscles); anti-épileptique; anxiolytique (ils calment les angoisses); hypnotique (ou somnifère).

Ce sont des médicaments utiles dans certaines circonstances difficiles. En diminuant l'angoisse, ils peuvent nous aider à passer un cap difficile (soucis matériels, professionnels, familiaux, malaise psychologique...).

Ils sont efficaces s'ils sont utilisés pendant une courte période (par exemple 3 à 4 semaines). Utilisés plus longtemps, leur efficacité pourrait diminuer. Ils sont des moyens temporaires, qui nous mettent en condition pour pouvoir envisager d'autres solutions.

Ils n'ont pas beaucoup de contre-indications, c'est-à-dire d'effets secondaires physiquement dangereux. Ils sont toutefois déconseillés aux personnes qui souffrent de problèmes respiratoires, ou atteintes de myasthénie (maladie rare, caractérisée par une grande faiblesse des muscles).

Dans chaque cas particulier, médecin et patient discuteront ensemble, pour déterminer si la prise d'un tranquillisant est utile. Eventuellement, votre médecin pourra vous conseiller lequel prendre, et pour combien de temps.

Quels sont les inconvénients des tranquillisants "benzodiazépines" ?

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

Il y a d'abord les inconvénients immédiats,

liés à la prise d'une seule dose.

La consommation de tranquillisants 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 seront très prudentes lors de la prise de tranquillisants: elles 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 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.

Pour toutes ces raisons, il est conseillé de prendre des tranquillisants uniquement sur prescription de son médecin.

Il y a les problèmes liés à la prise pendant une période prolongée (plus de 3 à 4 semaines)

Les risques principaux sont l'accoutumance et la dépendance. Séduit par l'effet rapide des tranquillisants, on se laisse facilement tenter à en prendre beaucoup et longtemps. Or, déjà après environ 3 à 4 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 n'ont peut-être pas changé.

L'usage de tranquillisants peut cacher les premiers signes d'une dépression, qui ainsi risque de ne pas être soignée suffisamment tôt.

Ils peuvent aussi provoquer des troubles de la mémoire: on ne retient plus aussi bien les faits récents. Enfin, surtout chez les personnes âgées, ils peuvent entraîner un ralentissement de l'activité intellectuelle et des mouvements.

La question de l'utilisation de tranquillisants donne souvent lieu à des débats passionnés. Les pour et les contre s'affrontent sans jamais se rencontrer. Pourtant, la vérité n'est ni noire, ni blanche: pour les tranquillisants, comme pour tout autre médicament, il y a des règles de bon usage...

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 plus inquiet...

Beaucoup de personnes prennent ces médicaments pendant des mois, ou des années. Certaines voudraient arrêter. 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 l'angoisse liée aux problèmes qui ont amené à les consommer. Si ces problèmes restent encore présents, cette angoisse peut redevenir apparente.

Que peut-on ressentir ? 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. Celui-ci pourra sans doute donner d'autres conseils pour soulager une insomnie ou une tension nerveuse permanente.

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'1/4 de comprimé tous les 7 à 14 jours.

Par quoi peut-on remplacer l'effet des tranquillisants ?

Tout d'abord, souvenons-nous qu'un état d'inquiétude est normal dans de nombreuses circonstances. Nous sommes anxieux chaque fois que nous devons faire face à une nouvelle situation, à un conflit... Cet état passager peut être stimulant et nous aider à trouver une solution, à nous adapter.

Lorsque l'anxiété devient permanente, ou fréquente, nous pouvons chercher une solution plus en profondeur... Nous connaissons

ou à bannir ?

à des moments de notre vie des périodes, plus ou moins longues d'angoisse, de mal de vivre. Mais, pour remédier à cette angoisse, il est peut-être intéressant de chercher des moyens efficaces en profondeur, et à plus long terme que les tranquillisants. Ceux-ci, en effet, seront utiles pendant un temps limité, et peuvent avoir pour effet plus de masquer l'angoisse, que d'y apporter une solution.

En parler... et soigner son angoisse

Il est important de pouvoir parler de son angoisse et d'essayer d'en trouver la cause. Cause qui n'est pas toujours évidente, et que nous ne trouverons pas toujours seul.

Il est souvent réconfortant d'en parler, si nous en sentons l'envie, avec un ami, un membre de notre famille qui nous écoutera. Bien sûr, il faut savoir que peut-être il dramatisera, ou au contraire minimisera nos problèmes.

Parlons-en avec notre médecin de famille aussi, si nous le sentons compréhensif. Cela nous fera parfois plus de bien que de lui demander de nous prescrire des tranquillisants. Un psychologue pourra aussi nous aider à trouver une réponse à nos angoisses.

N'oublions pas, quand c'est possible, l'activité physique...

Quand il s'agit surtout d'une question de sommeil et de nervosité, il ne faut pas négliger les bienfaits de l'activité physique, lorsque la santé générale le permet. Une "saine" fatigue est parfois une excellente préparation au sommeil et un bon réparateur, ...pour le corps comme pour l'esprit. ■

(Suite de la page 8)

dépendance (on a des malaises quand on arrête le médicament). Il y a donc un grand risque d'abus. Ils modifient aussi souvent l'effet d'autres médicaments pris durant la même période. En cas de surdosage, ils provoquent un coma, souvent mortel. À cause de tous ces inconvénients, ces médicaments sont actuellement déconseillés comme calmants. Par contre, leur usage comme antiépileptique reste justifié.

Liste des médicaments à base de barbituriques:
Amytal - Gardénal - Luminal - Luminalettes - Phanadorme Calcium - Seconal Sodique - Soneryl

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

Liste des médicaments à base de méprobamate:
Mepro - Oasil - Pertranquil - Probamyl - Procalmadiol - Quaname - RelaxTablet - Sapanil - Tranquilin

Liste de médicaments contenant des barbituriques et/ou du méprobamate et/ou de la méthazolone:
Bellanox - Calmecco - Carbaline - Cateudil - Mequalone - Revonal - Isonox - Toquilone - Dormidorm - Dormicalin - Hypnone - Nevrovitamine 4 fort - Nirvan - Oasil Vesper - Obrol - Octonox - Optisedine - Quadro Nox - Quiétyl - Reposo - Sanalepsi - Sanobamat - Sedorina - Sedotal - Spasmosedine Meprobamate - Supponeryl - Tuinal - Veriane Buriat - Vesparax

Les "benzodiazépines" sont les médicaments concernés par cet article. 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.

Voici la liste de ces tranquillisants "benzodiazépines":

Albego - Belseren - Bromazépam - Bromidem - Calmday - Clozan-Diazepam - Dormicum - Dormonox - Euhypnos - Frisium - Halcion - Lendormin - Levaxol - Lexotan - (Librax) - Librium - (Limbitrol) - Lorafim - Loramet - Lorazepam - Loridem - Lormétazépam - Lysanxia - Mogadon - Nobrium - Noctamid - Normison - Oxazepam - Pacinone - Rivotril - Rohypnol - Serenase - Seresta - Seresta forte - Solatran - Staurodorm - Stilny - Temesta - (TranquoBuscopan) - Tranxene - Unakalm - Unitranxene - Valium - Victan - Xanax.