

ACQUISITIONS

LIVRES

• ALIMENTATION

- COLGAN Dr. M., "Les Vitamines", Solar, 1986, 245 p., 80 FF ali41
- "Alimentation de l'enfant", ONE, 1985, 75 p. ali42

• CANCER

- BAUDET M., "Le fil tenu de la vie", Ed. ouvrières, 1985, 74 p., 700 FB pca11

• CONCEPTION

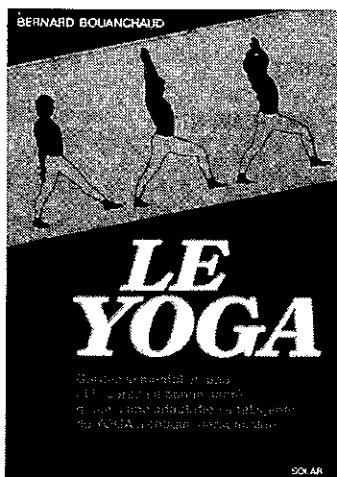
- / "Grossesse et Société", ONE, 1984, 88 p. vic07
- FRIED Dr. Peter A., "Vivre une grossesse sans risque", Les Editions de l'Homme, 1985, 222 p., 520 FB, vic08
- FRYDMAN R., "L'Irrésistible désir de naissance", PUF, 1986, 235 p., 68 FF vic09

• CONTRACEPTION

- CLEMENT M., "Choisissez votre contraception", Marabout service, 1985, 160 p. sec08
- Coll. planning familial, "Contraception croquez la pomme", Syros, 1985, 153 p., 39 FF sec09

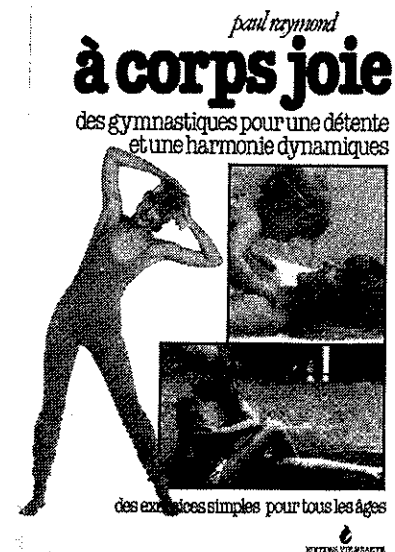
• ENFANT

- / "L'enfant et l'animal", ONE, 1985, 88 p. vie15
- / "Enfants maltraités, familles en détresse", ONE, 1985, 112 p. vie17
- / "Agressivité et Education", ONE, 1984, 83 p. vie16



• EXERCICE PHYSIQUE

- BOUANCHAUD B., "Le yoga", Solar, 1985, 192 p. aph13
- RAYMONT P., "A corps joie", Vie et santé, 1986, 234 p. aph14



• FORMATION

- NOYE D., PIVETEAU J., "Guide pratique du formateur", Insep, 1985, 283 p., 150 FF for41
- / "L'Education pour la santé", OMS, 1985, 56 p. for42

• MALADIE

- STODDARD Dr. A., "Votre dos", La boetie, 1984, 125 p., 358 FB pat19

• MEDECINE ALTERNATIVE

- / "Annuaire vert de la vie au naturel", OCEP, 1985, 542 p. mal23
- / "Les médecines parallèles", Science & Vie, 1985, 159 p., 18 FF mal24
- BERNADET M., BINET Dr. C., "Guide des médecines douces", Nathan, 1985, 287 p. mal25

• MEDICAMENT

- ROELANDTS Dr. D., "Conseils pour le bon usage des médicaments", Byblos, 1986, 718 p., 995 FB med20

• MST

- BRENKY Dr., ZEMOR O., "La route du Sida", Londreys, 1985, 225 p. pst02

• MUTUALITE

- HEESTERS J., KESENNE J., "Le financement des soins de santé en Belgique et aux Pays-Bas", ANMC, 1985, 56 p., 100 FB mut04

• PSYCHOLOGIE

- / "Les changements des modèles familiaux et le développement psycho-social des enfants", ULB, 1985, 372 p. psy06

• SOMMEIL

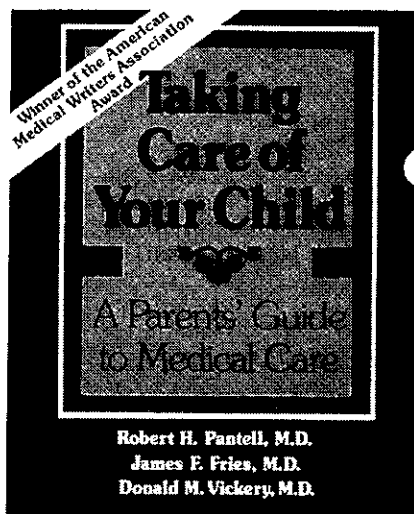
- DOUCET G., CADIOLEAU M-F., "L'anti-fatigue", Lebaud, 1985, 264 p., 85 FF smr12

• SERVICE DE SANTE

- REERINK E., "L'assurance de la qualité des soins aux Pays-Bas", GERM, 1985, 33 p., 110 FB ... ssa33
- PIETTE D., "Les chemins de l'éducation pour la santé", GERM, 1985, 48 p., 110 FB ssa34
- CELERIER M-C., "Médecine dure l'hôpital en question", Stock, 1985, 273 p., 79 FF ssa35

• SELF CARE

- PANTEL, FRIES, VICKERY, "Taking Care of Your Child", Addison-Wesley, 1977, 409 p. ssc01



• TABAGISME

- COMBY B., "Comment vous libérer du tabac", Dangles, 1986, 167 p., 69 FF ast11

• TROISIEME AGE

- FAUROBERT L., "En forme après 60 ans !", Dangles, 1985, 180 p., 44 FF vit08

EDUCATION SANTÉ

bulletin trimestriel
d'infor santé

N°25 JUIN '86

DANS CE NUMERO :

EDITO

Pour une éducation pour la santé plus performante p. 2

REFLEXIONS

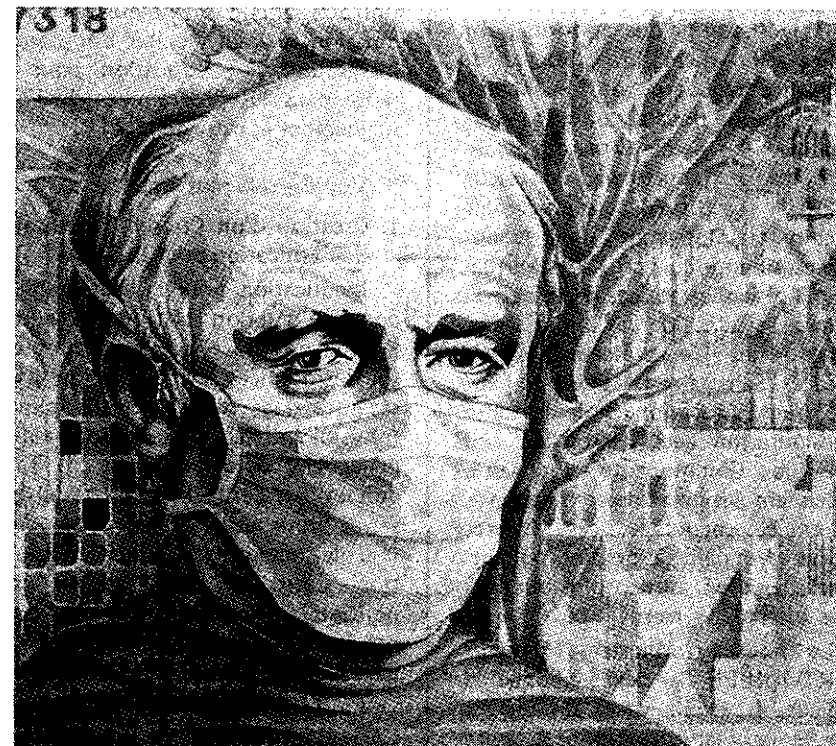
L'ES fait-elle plus de tort que de bien ? p. 5

INITIATIVES

L'examen de santé, vous connaissez ? p. 10
Sports-Seniors p. 11
La Belgique tranquille p. 16
Le Comité de Coordination Anti-tabac s'en va en fumée .. p. 19

LU POUR VOUS

Médecine dure p. 24
Médecine douce p. 25
Tout ce que vous avez toujours voulu savoir à propos de l'épidémiologie sans oser le demander p. 26



l'hôpital p. 22

POUR UNE EDUCATION POUR LA SANTE PLUS PERFORMANTE

Création d'un Conseil Communautaire Consultatif de la Prévention, conversion de l'Oeuvre de Défense contre la Tuberculose en Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Éducation à la Santé (FARES), souci méthodologique et formation, concertation thématique, budget en croissance régulière pour le secteur de l'éducation pour la santé, tels sont à nos yeux les éléments marquants de la politique menée par Monsieur URBAIN et ses prédécesseurs depuis la communautarisation, dans le domaine qui nous concerne. Les Mutualités Chrétiennes ont collaboré activement à certaines de ces initiatives et ont exprimé leurs réserves vis-à-vis d'autres. Sans faire le détail, on peut dire que l'éducation pour la santé a aujourd'hui acquis droit de cité dans la Communauté Française. Cependant les nombreuses initiatives qui ont été encouragées ces dernières années devraient à présent pouvoir bénéficier d'un soutien plus durable, mais aussi plus sélectif.

Le nouveau Ministre, Monsieur BERTOUILLE, a déjà annoncé la couleur. Il a fait voter un budget dans lequel l'éducation pour la santé se voit retirer plus de 10 o/o par rapport à l'exercice précédent. Pourrait-il réussir la gageure de faire mieux avec moins ? Plutôt que des souhaits, nous tenons à lui soumettre, ainsi qu'à toutes les personnes et institutions actives dans ce domaine, quelques propositions constructives en vue de rendre l'éducation à la santé plus performante.

Que proposons-nous ?

La création d'un organe (Conseil Consultatif par exemple) chargé de proposer au ministre une liste d'objectifs prioritaires ; pour atteindre ceux-ci, des programmes d'action devraient être subventionnés sur base de critères objectifs ; la coordination de ces programmes pourrait se réaliser en fusionnant en une nouvelle structure divers organes de coordination existants ; cette meilleure coordination devrait faciliter une bonne intégration de l'éducation pour la santé dans les programmes de l'enseignement et ceux de la RTBF.

Voyons cela plus en détail :

1. Création d'un Conseil Consultatif de l'Éducation pour la Santé

L'éducation pour la santé est un domaine d'action relativement jeune. Pour être efficace, elle doit s'appuyer sur des données scientifiques les plus récentes dans différentes disciplines (physiologie, psychologie, sociologie, pédagogie, épidémiologie, ...). Elle doit utiliser des techniques très diverses : information écrite et audiovisuelle, marketing, publicité, évaluation, statistique... Pour mener une politique efficace, un ministre doit pouvoir disposer d'avis compétents dans ces divers domaines.

La formule classique du Conseil Consultatif permet de répondre de façon souple à cette exigence. Il pourrait être constitué de représentants des professionnels de la santé et des organisations actives en éducation pour la santé (organisations de consommateurs, mouvements d'éducation permanente, mutualités, organismes spécialisés...). Au besoin, le Conseil pourrait faire appel à des spécialistes extérieurs.

Bien entendu, au lieu de créer de toutes pièces un nouveau conseil, on peut envisager la création d'une section spécialisée en éducation pour la santé au sein du Conseil Communautaire Consultatif pour la Prévention : son prochain renouvellement pourrait en être l'occasion.

2. Définition d'objectifs prioritaires en fonction des différents publics

"L'Exécutif évitera, dans les domaines de l'éducation sanitaire et de la santé mentale, un saupoudrage d'aides au bénéfice d'actions ponctuelles" (déclaration de l'Exécutif de la Communauté Française, décembre 1985).

L'emploi du terme imagé de "saupoudrage" peut surprendre dans ce document officiel. Il nous semble pourtant parfaitement indiqué. En effet, d'après le Petit Robert, saupoudrer signifie, au sens figuré : "attribuer à de très nombreux bénéficiaires des crédits minimes au lieu d'affecter le budget à quelques postes prioritaires".

Refusant les connotations négatives du terme saupoudrage, le Dr. MINTIENS, conseiller au cabinet du ministre Urbain, revendiquait au contraire "une intention délibérée de multiplier les personnes et les pouvoirs organisateurs actifs en éducation sanitaire et d'empêcher le développement de grandes campagnes coûteuses".

Nous manquons de moyens pour évaluer les conséquences de cette multiplication d'initiatives. Mais il nous semble en tous cas souhaitable de canaliser quelque peu les énergies disponibles vers des objectifs prioritaires.

La définition de ces objectifs

Dans notre numéro précédent, nous avons joint à notre dossier "La documentation d'infor santé" une liste de mots-clés relatifs à l'éducation pour la santé (1). Depuis la parution de cette liste, une mise à jour a été réalisée. Nous la publions ci-dessous.

ACCIDENT

voir aussi : ASPHYXIE
BRULURE
CHUTE
ELECTROCUTION
MACHINE AGRICOLE
MAISON
MORSURE
NOYADE
SECOURISME

Accident domestique : voir ACCIDENT

Accident de travail : voir ACCIDENT

ADOLESCENT

voir aussi : EDUCATION SEXUELLE
FAMILLE
PUBERTE
RELATION PARENT-ENFANT

Bactérie : voir MICROBE

Bébé : voir NOURRISSON

CHUTE

voir aussi : ACCIDENT
SECOURISME

Circulation (routière) : voir ACCIDENT ROUTIER

DANEMARK

DIETETIQUE

voir aussi : ALIMENT
GROUPE D'ALIMENT
HYGIENE ALIMENTAIRE

DIVORCE

voir aussi : FAMILLE
RELATION PARENT-ENFANT

EDUCATION

voir aussi : ECOLE
FORMATION
PEDAGOGIE
PREVENTION

EDUCATION POUR LA SANTE

voir aussi : POLITIQUE DE SANTE
PREVENTION
PROMOTION

EDUCATION SEXUELLE

voir aussi : ADOLESCENT
CONTRACEPTION
M.S.T.
PUBERTE
REPRODUCTION HUMAINE

EQUILIBRE PSYCHOLOGIQUE

voir aussi : MALADIE MENTALE
PSYCHOLOGIE

ESPAGNE

ETABLISSEMENT DE SOINS

voir aussi : SERVICE DE SANTE

INTOXICATION

voir aussi : ACCIDENT
ENGRAIS
HERBICIDE
PESTICIDE

POLLUTION SECOURISME

MACHINE AGRICOLE

voir aussi : SECOURISME
Maladie sexuellement transmissible : voir M.S.T.
METHODOLOGIE

voir aussi : COMMUNICATION
ENQUETE
EVALUATION
OUTIL (support pédagogique)

M.S.T.

voir aussi : EDUCATION SEXUELLE
MALADIE
MALADIE TRANSMISSIBLE
MICROBE

NOYADE

voir aussi : ACCIDENT
SECOURISME

Nutrition : voir ALIMENTATION

ODORAT

voir aussi : NEZ
O.R.L.

PSYCHOLOGIE

voir aussi : EQUILIBRE PSYCHOLOGIQUE
MALADIE MENTALE
PARENT

Recette : voir ALIMENTATION

PARENT

voir aussi : FAMILLE
PSYCHOLOGIE
RELATION PARENT-ENFANT

PEDAGOGIE

voir aussi : ANIMATION
EDUCATION
OUTIL (support pédagogique)
PREVENTION

REPertoire

voir aussi : CATALOGUE
OUTIL (support pédagogique)

SEXUALITE

voir aussi : M.S.T.
Soleil : voir INSOLATION
SOINS A DOMICILE
voir aussi : MEDECINE GENERALE
SYSTEME NERVEUX
voir aussi : PHYSIOLOGIE

Tranquillisant : voir MEDICAMENT

VACCINATION

voir aussi : PREVENTION PRIMAIRE
Virus : voir MICROBE

(1) Pour rappel, cette liste a été mise au point par un groupe de travail auquel ont collaboré l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, la Croix-Rouge de Belgique, la Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Éducation pour la Santé, la Médiathèque de la Communauté Française de Belgique, l'Office de la Naissance et de l'Enfance et l'Union Nationale des Mutualités Socialistes.

VU POUR VOUS

LES 7 PECHES DE LA BONNE TABLE

Sous ce titre un peu moralisateur se cache un bon montage dia sur l'alimentation.

Le schéma en est des plus classique :

— pourquoi faut-il manger (fonctions physiologiques et sociales de l'alimentation) ;

— les sept péchés de la bonne table (erreurs fréquentes : nonchalance, trop de graisses, graisses inadéquates, hydrates de carbone inadéquats, trop de sel, trop peu de lait, trop peu de fruits et légumes) ;

— les principes de l'alimentation équilibrée.

En ce qui concerne les graisses, le beurre n'est pas cité en tant que tel, et le meilleur choix est représenté par les "margarines contenant environ 66 o/o de graisses poly-insaturées et au maximum 15 o/o de graisses saturées".

En clair, il s'agit de la margarine pour alimentation particulière (ex de régime) Vitelma ! Et c'est cette marque de margarine qui est à l'origine du montage...

UNE INFORMATION PLUTOT OBJECTIVE

Cela étant, l'aspect publicitaire de la série est assez discret, et n'influence pas négativement le contenu des messages. Ainsi, on nous rappelle que nous pouvons emmagasiner maximum 35 o/o d'énergie à partir des graisses, en respectant la règle 1/3 de graisses saturées, 1/3 de mono-insaturées, 1/3 de poly-insaturées. Ces proportions correspondent à ce que les nutritionnistes recommandent généralement.

"Les 7 péchés de la bonne table" se présente sous la forme d'une série de 80 diapos non sonorisées, accompagnée d'une brochure facilitant le travail de l'animatrice.

On peut l'emprunter à Infor Santé (caution de 1.000 FB récupérée au retour du montage). On peut aussi la commander directement au Service d'Information Vitelma, Prins Albertlaan 12, 8700 Izegem, en versant la somme de 1.200 FB au compte 285-0203977-15 de VDM-Publi, en mentionnant "série de diapos 'Les 7 péchés de la bonne table'".

sier scientifique de cette préparation, ce qu'il a fait avec diligence. Ce dossier comprend 4 feuillets (description, formule, propriétés, mode d'action), une annonce publicitaire et le rapport de deux études indiquant une perte de poids moyenne un peu plus nette avec la préparation qu'avec un placebo (-2,09 VS -1,23 et -2,09 VS -1,10).

A y regarder de plus près, il n'y a rien de très consistant là-dedans : les feuillets affirment, la publicité joue son rôle, et les comptes-rendus des deux études ne sont pas acceptables : seuil de signification énorme dans la première (30 chances sur 100 que les résultats soient dus au hasard, alors qu'on accepte au maximum 5 o/o pour ce genre d'étude), impossibilité de comparer la seconde étude à la première. En effet, durée de traitement et posologie étaient différentes dans les deux études : 15 gouttes dans 10 cl d'eau 3 fois par jour pendant 60 jours dans l'une, 10 gouttes dans 10 cl d'eau 3 fois par jour pendant 42 jours dans l'autre.

Il est amusant de constater que la perte de poids avec la préparation est la même dans les deux études, quelles que soient la posologie et la durée du traitement. De là à conclure qu'Homeoslim est un placebo...

On s'étonne aussi de trouver le Prof. Lederer, qui fait autorité dans le domaine de la nutrition, parmi les références auxquelles le fabricant fait appel. Il faut dire que c'est pour confirmer l'intérêt d'étaler plusieurs collations sur la journée plutôt que de faire de gros repas. Cet excellent conseil diététique n'a évidemment rien à voir avec les "gouttes minceur" ! En fait, la citation a pour but de fournir à l'ensemble du dossier une sorte de caution morale dont il a bien besoin.

Interrogé par nos soins, M. Fils, chargé de cours en pharmacie à l'UCL, qui a étudié de près les médicaments et produits non enregistrés, a confirmé la faiblesse du dossier d'Homeoslim. Comme consolation, il nous a dit que cette préparation était probablement sans danger, ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas des produits pour maigrir.

En résumé, l'efficacité principale d'Homeoslim, incontestable celle-là, s'exerce à l'égard du porte-monnaie : 387 F pour un flacon !

serait la tâche prioritaire du Conseil Consultatif. On ne se contentera pas d'objectifs de caractère général, mais on proposera au contraire des objectifs spécifiques à chaque public cible, ces publics pouvant être définis en fonction de critères multiples : âge, sexe, région, groupes à risques particuliers...

3. Soutien aux organisations actives en éducation pour la santé par l'octroi de subvention sur base de critères objectifs

Nous rencontrons ici une des intentions déclarées par le nouvel Exécutif :

"L'Exécutif veillera à établir des critères objectifs pour subsidier des institutions susceptibles de tracer les axes prioritaires d'une politique de santé au niveau de la Communauté Française. Ces actions expérimentales doivent être limitées dans le temps. Elles ont d'ailleurs pour objet principal de préparer des modifications des législations".

Il est bien évident que la Communauté Française n'a pas les moyens (ni d'ailleurs l'intention) de prendre en charge directement des activités d'éducation pour la santé. Comme dans bien d'autres domaines, elle ne se limite pas pour autant à un rôle purement supplétif : en attribuant à bon escient ses subventions comme incitant, elle peut orienter de façon importante l'action de nombreuses personnes et institutions.

Disposant au départ d'un budget assez modeste dans ce domaine, la Communauté n'a pas voulu en "geler" l'affectation. Elle voulait au contraire pouvoir encourager des initiatives nouvelles.

Mais il y a le revers de la médaille : en l'absence de règles contraignantes, il est difficile pour un ministre de résister aux nombreuses sollicitations qui émanent de sa famille politique et/ou de sa région.

D'autre part, le caractère annuel des subventions empêche de programmer une action à moyen ou long terme, ce qui contredit la volonté affirmée de privilégier une action intégrée par rapport à des grandes campagnes sans lendemain.

Les principaux objectifs d'une réglementation seraient donc de favoriser la continuité des actions (et la stabilité du personnel qui les réalise) et, d'autre part, d'utiliser des critères objectifs plutôt que des appréciations subjectives, voire partisans. Jusqu'ici,

chacun approuvera. Il est plus délicat de définir quels seront ces critères. Essayons de débrouiller le terrain :

— Un des principes revendiqués précédemment par l'autorité était de préférer le soutien à des projets plutôt qu'à des institutions. Cette option mérite d'être conservée. En effet, un subside à une institution devient vite lui-même une institution, un droit acquis, un tabou.

— Un des critères fondamentaux devrait être évidemment l'adéquation des objectifs du projet avec les objectifs proposés par le Conseil Consultatif. Ce qui suppose que ces objectifs soient hiérarchisés de façon à pouvoir classer les projets par ordre de priorité.

— Vu les dures réalités budgétaires, les subsides ne devraient jouer qu'un rôle supplétif : le promoteur devrait pouvoir garantir lui-même une partie du budget, que ce soit par autofinancement, par participation des bénéficiaires ou par le mécénat. Cette règle peut paraître cruelle pour les petits pouvoirs organisateurs, mais en période de crise, plus que jamais, on ne prête qu'aux riches ! Ce système permet de valoriser au maximum les subsides communautaires et devrait inciter les promoteurs de projets à travailler pour un meilleur rapport efficacité/coût. En outre, il permet d'espérer une intégration durable des projets dans des structures permanentes.

Ce critère rencontre d'ailleurs un des principes directeurs sur lesquels la déclaration de l'Exécutif entend fonder son action dans les différents secteurs de la Communauté : "L'Exécutif valorisera les initiatives nouvelles ou existantes des associations volontaires et des organisations sociales libres. Il veillera à leur égard à développer une politique de responsabilité financière, tout en apportant à celles-ci, dans le cadre des possibilités budgétaires, les moyens nécessaires pour leur permettre d'assumer leurs missions reconnues d'intérêt collectif.

— Ce principe de la participation financière du promoteur devra être tempéré par le jeu de l'offre et de la demande : si pour un objectif considéré comme prioritaire, il n'y a pas de projet proposé, il sera peut-être nécessaire d'en susciter en offrant une subvention à 100 o/o. Par contre, pour des domaines moins importants ou pour lesquels de nombreux projets seraient en concurrence, l'in-

tervention de la Communauté serait réduite, voire nulle.

— A côté de cette participation financière du promoteur, il convient d'apprécier un autre apport à la fois quantitatif et qualitatif, à savoir son insertion sociale : avec quel public le promoteur du projet est-il habituellement en contact ? De quels supports, de quelles structures, de quels canaux dispose-t-il pour mener son action éducative ? Le nombre de membres d'une association, le tirage d'un journal, un réseau de permanences, un nombre important d'agents en contact quotidien avec le public visé sont quelques éléments qui méritent d'entrer en ligne de compte, même s'il est parfois difficile d'apprécier leur valeur.

4. Rationalisation des structures de coordination thématiques existantes

Depuis quelques années, la Communauté a encouragé la création de diverses associations ayant pour objet la concertation autour de thèmes généraux : alcool et drogues, tabac, éducation sexuelle et accidents, santé mentale, médicaments... Ces asbl étaient subventionnées à 100 o/o (en contradiction avec le principe de subventions aux projets et non aux institutions). Cette multiplication de structures de concertation constitue un évident gaspillage d'argent (multiplication des locaux, des secrétariats, du matériel de bureau...) et de temps, les organisations actives étant invitées à se concerter sur chaque thème. Ainsi par exemple, les Mutualités Chrétiennes sont membres de l'APES (Association pour la Promotion de l'Éducation à la Santé), d'Educa-Santé (accidents et éducation sexuelle), du Comité de Coordination Antitabac, du Comité de Concertation sur le Médicament, du CPAD (alcool et drogues) ! De même, un instituteur qui veut se documenter sur divers thèmes doit recourir à autant d'organismes différents.

Une rationalisation s'impose : il suffit d'inviter toutes ces asbl thématiques à mettre en commun leur personnel, leurs membres et leurs ressources. Ces ressources consistant essentiellement en subsides de la Communauté, le ministre compétent pourrait très facilement faire pression dans ce sens. Bien entendu une certaine spécialisation reste indispensable, mais la concertation entre spécialistes d'un même thème pourrait très bien se faire au sein de groupes

GAG, PUB !

Dans son numéro 287 du 4 avril 1986, le "Journal du Médecin" fait écho à une déclaration de Mme Demmeester, secrétaire d'Etat à la Santé publique, concernant la publicité pour les médicaments. Elle a dit notamment ceci : "il n'est vraiment pas honnête d'imprimer les slogans publicitaires en lettres majuscules en les faisant suivre des informations essentielles dans des caractères tels qu'il faut une loupe pour les déchiffrer".

A côté de ce texte, une pub : slogan en gros caractères, notice en caractère minuscules. On ne pouvait trouver meilleure illustration !

PUBLICITE-VEDETTE

Un bon slogan, un argumentaire centré sur l'existence d'un dossier scientifique solide, il y a de quoi attiser notre curiosité. Il s'agit d'une annonce vantant les mérites d'Homeoslim, une préparation à base de gouttes extraites de plantes censée favoriser l'amaigrissement.

Trois fois l'efficacité du produit est avancée : "son efficacité a été prouvée lors de tests universitaires sévères dont les résultats sont remarquables, (...) simple, efficace. C'est prouvé (...) l'efficacité minceur prouvée par les tests".

Nous avons donc demandé au fabricant de nous transmettre le dos-

de travail car elle ne nécessite pas une structure administrative permanente.

5. Intégration de l'éducation et de l'information sanitaires dans les programmes de la RTBF et ceux de l'enseignement gardien, primaire et secondaire

Sans en faire une panacée, les médias, notamment audio-visuels, peuvent apporter un complément très efficace à certaines actions d'éducation pour la santé.

Ne pourrait-on pas considérer les messages d'éducation pour la santé comme des messages d'intérêt général et autoriser un certain nombre de diffusions gratuites sur les antennes de la RTBF ?

Mieux encore : la structure unique de coordination proposée ci-dessus constituerait un interlocuteur valable pour la RTBF et pourrait collaborer

avec elle à la création de programmes d'éducation pour la santé qui seraient intégrés dans la programmation normale.

Cette dernière proposition vaut également pour l'enseignement de tous les niveaux et de tous les réseaux. Pour des raisons de stratégie politique, l'enseignement a échappé à la communautarisation. Ce n'est pas une raison suffisante pour que l'école reste imperméable à l'éducation pour la santé.

Les ministres Bertouille, Monfils et Damseaux appartiennent au même parti : cette circonstance devrait favoriser la collaboration. L'Education Nationale et la RTBF pourraient par exemple être invitées à participer aux organes proposés ici (conseil consultatif et surtout structure de coordination).

A VOUS LA PAROLE !

A vous la parole, chers lecteurs. Nos propositions ne constituent pas un paquet parfaitement ficelé qui serait à prendre ou à laisser. De nombreuses questions restent ouvertes, entre autres, la composition des organes de consultation et de coordination envisagés, et surtout l'épineuse question des critères objectifs de subvention. Nous publierons bien volontiers vos suggestions.

A vous la parole, Monsieur le Ministre. La déclaration d'investiture de votre Exécutif ne nous a pas appris grand-chose sur votre programme dans notre petit secteur, à part le projet d'organiser "une action d'envergure contre la drogue". Quelles seront les lignes plus précises de ce programme ?

Nouveaux téléphones depuis le
15 juin 1986

02/237.48.51 (abonnements)

02/237.48.52
(documentation - rédaction)

Education santé est une publication trimestrielle d'information santé, le service des mutualités chrétiennes spécialisé dans le domaine de l'éducation pour la santé.

Vous pouvez obtenir des renseignements complémentaires aux articles d'Education santé :

- en écrivant ou en téléphonant à infor santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles - tél. 02/237.48.51 - 237.48.52;
- en consultant sur place la documentation disponible (matériel didactique, revues, presse, audiovisuel). Le centre de documentation d'infor santé est ouvert du lundi au vendredi de 9 h. à 12 h. et de 13 h. à 16 h.

Son adresse n'est pas la même que l'adresse courrier :
rue d'Arlon 55, 1040 Bruxelles.

Rédacteur en chef : Jacques Henkinbrant.
Secrétaire de rédaction : Christian De Bock
Mise en page : Theo Debeer.
Editeur responsable : Jean Hallet.

Conditions d'abonnement pour 4 numéros : 200 FB.

- Prix au numéro : 60 FB.
- Pour vous abonner, il vous suffit de virer la somme de 200 FB au compte 000-0079000-42 des Editions Mutualistes ANMC, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles, avec la mention "abonnement éducation santé".

Ce numéro a été réalisé avec l'aide du Ministère de la Communauté Française.

SOS-SUBSIDES

Six mois après l'installation du nouvel Exécutif, beaucoup d'associations attendent avec impatience une réponse à leur demande annuelle de subvention. Faute d'une réponse urgente, plusieurs d'entre elles risquent de devoir mettre la clé sous le paillasson.

C'est déjà fait pour le Comité de Coordination Anti-tabac, dont certaines activités sont reprises par la FARES.

Nous pensons également à Question Santé et à Educa Santé dont l'excellent travail a été à maintes reprises présenté dans nos colonnes.

Au moment où nous clôturons la rédaction de cette édition, ils attendent toujours...

c'est très simple. Et le régime alors, c'est pour quoi faire ? Eh bien, pour garder le poids idéal, il faut d'abord le retrouver. Pour ça, rien de tel qu'un petit régime à 800 calories par jour pendant 2 semaines. Mais cela va encore endormir un peu plus la machine qui a déjà tendance à être un peu trop paresseuse ? Justement, pour le réveiller un peu, on passe ensuite à 1200 calories pendant une semaine. Si cela ne suffit pas, on recommence. C'est simple et efficace : il suffit de suivre les recettes indiquées au jour le jour. En moins de 2 mois, je suis descendu de 84 à 77 kilos. Mon épouse en a perdu douze. Pourtant, chaque week-end, nous avons oublié le régime pendant 48 heures. Sans cela, je ne sais pas si nous aurions tenu le coup, car la variété n'est pas la qualité principale de ce régime. Est-il quand même suffisamment équilibré ? J'ai posé la question à notre diététicienne de service. Positif : malgré le choix limité des aliments, il s'agit d'une application pure et simple des grandes lois de la nutrition. Au passage, elle m'a cependant signalé quelques petites erreurs sans trop de gravité.

Bref, ça marche, mais comme pour tout régime qui marche, il n'y a pas de miracle : il faut se priver quelque peu, sans cependant avoir faim. Si vous voulez suivre notre exemple, oubliez donc pour quelques semaines l'apéritif, la trappiste, le sachet de frites et la mayonnaise, les bonnes pâtisseries, etc. Une consolation : les économies réalisées vous permettront au moins d'acheter un pantalon ou une robe une ou deux tailles en-dessous.

Envie d'essayer autre chose ? Pourquoi pas "Le régime anti-cholestérol". En suivant celui-ci, on s'attaque à ce facteur de risque cardiovasculaire. L'auteur considère ici le niveau global de cholestérol sanguin, ce qui manque peut-être un peu de finesse.

En tout cas, les menus et recettes proposés ne feront sûrement pas de tort, même si nous ne suivons pas l'auteur dans son désir de compter la dose quotidienne de cholestérol au demi milligramme près !

- T. KY, A. DUFILHO, B. PELLE, J.-P. HALGRAIN, E. BAYLE, L'obésité, Economica, 1984, 226 p., 55 FF.

- M. TIANO, Le régime anti-cholestérol, Solar, 1985, 208 p., 60 FF.

- Dr. MILLER, Le régime idéal, Marabout, 1985, 200 p.

REGIMES DE SAISON

Avant de passer au régime si on l'estime nécessaire, il peut être utile de mieux saisir le fonctionnement de notre organisme, les mécanismes de l'obésité et son traitement.

"L'obésité" tente de présenter au public une vue globale du problème de l'obésité. Les mystères de la cellule graisseuse, le fonctionnement de ce tissu de réserve, son rôle et son importance dans l'évolution de l'espèce humaine, sa signification culturelle, ses caractères héréditaires et acquis, ses relations physiologiques avec les autres parties de l'organisme, et notamment avec les systèmes nerveux, musculaire, endocrinien... sont tour à tour abordés à l'aide de schémas et de plans. Conter l'histoire naturelle du tissu graisseux permet non seulement de mieux connaître le phénomène complexe de l'obésité, mais aussi celui de la maigreur inesthétique.

Très bien documenté, "L'obésité" rendra plus de services à ceux qui veulent étudier le problème qu'à ceux qui veulent maigrir. A noter que chaque chapitre est terminé par un petit résumé de quelques lignes qui rend facile la consultation de ce livre parfois un peu indigeste.

Pour le concret, on peut toujours se référer au "Régime idéal", l'ouvrage du Dr. Miller qui propose son "régime métabolique". Un coup d'oeil à la page du "poids idéal" : aïe ! 10 kilos trop haut ! Et mon épouse un peu plus encore. Ce n'est pas une consolation, mais c'est plus facile de suivre le régime en famille.

Le Dr. Miller est très encourageant. En fait, nous dit-il, si vous êtes trop gros, ce n'est pas de votre faute, ce n'est pas parce que vous mangez trop, c'est parce que votre machine ne brûle pas tout ce que vous avalez. Ah bon ! Merci, docteur. Il faut donc faire fonctionner la machine un peu plus vite ? C'est bien ça ! Il suffit de faire un peu plus d'exercice,

L'ANTI-FATIGUE

Le principal intérêt de ce livre est de montrer qu'il y a presque autant de sortes de fatigues que de personnes fatiguées. Et qu'en conséquence, il n'existe pas de méthodes ou de remèdes universels, mais un ensemble de produits et de techniques que la tradition, le bon sens ou la science ont mis à notre disposition pour échapper à la lassitude, aux "coups de pompe", à l'asthénie.

Connaître sa fatigue est certes un premier pas essentiel pour en sortir, et ce livre pourra y contribuer. Pour la suite, il me laisse plutôt perplexe : à côté de méthodes éprouvées (alimentation équilibrée, respect des rythmes du sommeil, relaxation, etc.), il présente de nombreux médicaments, reconstituants, plantes, aliments, techniques, le tout sur un ton optimiste quelque fois excessif, mais tempéré par des petites touches d'humour qui peuvent aider à relativiser certaines appréciations.

Un solide bon sens est nécessaire pour faire le partage entre les gadgets et les conseils qui reposent sur des données scientifiques sérieuses.

Attention ! Les marques des produits cités sont des marques françaises, souvent commercialisées sous d'autres noms en Belgique.

DOUCET Geneviève et PADIOLEAU Marie-Françoise, "Anti-fatigue", Editeur Philippe Lebaud, Paris, 1985, 253 p.

reux, revaloriser les connaissances traditionnelles. Et, au niveau international, un vaste débat réunit l'OMS, les industriels, les consommateurs... pour arriver à un marché plus rationnel du médicament : afin de mettre les produits adéquats à la portée de tous, tout en préservant la recherche pharmaceutique dans les domaines essentiels.

Dans un style simple et abondamment illustré, MEDICAMENTS : LA FOIRE AUX AFFAIRES, parle de

tout cela, suggère des pistes, invite les intéressés du Nord et du Sud à se rejoindre... C'est urgent : il y va de la survie de millions de personnes.

Il est disponible contre versement de 150 F (port compris) au CCP 000-0183354-24 de Frères des Hommes, avec mention "Dossier Médicaments". Frères des Hommes, rue de Londres 18, 1050 Bruxelles. tél. 02/512.97.94 - 358.29.20.

café, au thé, au tabac ou à l'alcool, ces stimulants si chers à nos (mauvaises) habitudes de vie. La deuxième partie analyse les produits d'entretien ménager, y compris les détergents et les produits cosmétiques, dont nous faisons un usage quotidien sans même soupçonner parfois qu'ils puissent être dangereux. La troisième est consacrée à la pollution des lieux de travail et de l'environnement, entre autres par le plomb et par les pluies acides. Le guide termine cet aperçu des risques liés à notre vie quotidienne par une brève description des plantes de jardin et d'appartement qui ont, d'après les statistiques du Centre Anti-Poisons, donné lieu à des intoxications graves, surtout chez les enfants.

Non seulement l'agriculture, l'industrie, la guerre, mais aussi les pouvoirs publics et chacun d'entre nous, s'il n'y est sensibilisé, pollue l'environnement au risque de sa santé, de celle des autres et de celle de ses enfants. Même s'il existe en Belgique des lois à cet effet, il n'en reste pas moins vrai qu'en ce domaine une véritable politique globale fait défaut. Il manque un système d'ensemble qui repose sur une seule autorité chargée d'assurer la protection et la sécurité des consommateurs dans tous les aspects de la vie quotidienne.

C'est pourquoi Test-Achats insiste pour que le consommateur soit informé et prenne lui-même les mesures dont il dispose : une attitude plus attentive, plus consciente face à l'environnement et des restrictions volontaires observées par chaque individu prennent sans aucun doute une grande importance.

— Il faut s'informer pour repérer le risque et sa source.

— Il faut cesser le gaspillage : ce n'est pas une question d'argent mais de quantité.

— Il faut veiller à remplacer les produits nocifs par d'autres moins nocifs et faire pression de toutes les manières possibles sur les autorités officielles pour qu'elles fassent de même.

Ces trois principes valent autant pour les grands que pour les petits, pour les entreprises d'envergure comme pour les ménages, pour la communauté comme pour les individus.

"Poisons et pollution" coûte 575 F. On peut se le procurer au siège de Test-Achats, 13 rue de Hollande, 1060 Bruxelles. Tél. (n° spécial commandes) 02/537.53.20. On le trouve également en librairie.

REFLEXIONS

DANGEREUSE PREVENTION ?

EDUCATION POUR LA SANTE CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Ce texte est la reproduction de l'intervention que l'auteur a faite au Colloque "Recherche en sciences humaines et éducation pour la santé", organisé par le Comité Français d'Education pour la Santé les 21 et 22 mars 1985. Il est paru dans la revue "Tabac et Santé" (n° 60). Nous le reproduisons avec l'aimable autorisation de l'auteur.

Certes, les comportements précocement acquis restent le plus solidement et le plus durablement intégrés par l'individu ; il en est de même avec ce que l'on appelle "systèmes des valeurs" qui finissent par nous apparaître comme des évidences et par gouverner tous nos actes et nos relations. Il est donc parfaitement logique de débiter l'éducation pour la santé dès la petite enfance. On ne peut qu'applaudir à un programme, tel celui de l'hygiène bucco-dentaire, qui vise à donner de bonnes habitudes aux enfants scolaires sans interférer agressivement dans leur vie quotidienne est sans les priver d'aucun plaisir ni d'aucune "conduite de risque et d'essai" (cf plus bas) si utiles à cet âge. On peut supposer que toute sa vie durant un tel enfant dûment éduqué se nettoiera les dents au moins quelques fois par semaine, même si aucun renforcement n'intervient et même si son entourage reste, sur ce sujet, indifférent ou négatif ne fournissant aucun bon exemple, voire distribuant quolibets et remarques dévalorisantes.

Mais le problème est rarement aussi simple, même lorsqu'il s'agit d'enfants (nous verrons qu'il se complique encore à l'adolescence) ; en voici deux exemples.

1.1. - L'éducation de la Sécurité Routière vise à donner aux futurs conducteurs des habitudes au guidon ou au volant dont résulterait une diminution drastique de la mortalité, de la morbidité et du coût des accidents de la route (première cause de mortalité entre 14 et 25 ans !). Pour cela il faudrait imprimer dans l'esprit des enfants une séparation totale entre les notions de "sport-plaisir-compétition-risque etc..." et "moyens individuels de transport à 2 ou 4 roues". Une telle séparation pour être opérante, devrait impliquer les engins, l'espace et le temps ! Le sport pour les jours fériés, sur des circuits spéciaux, avec des engins (bolides) dont les appellations même seraient différentes de ceux qui, les jours ouvrables, sur les voies publiques, servent à se déplacer vers un but : aller à l'école, au travail, en visite, en promenade, en vacances. Il suffit d'énoncer le problème pour constater que cette solution, la seule rationnelle et opérante, n'est guère envisageable tant que l'opinion publique, les médias et une publicité d'une efficacité redoutable, car jouant sur les tendances les plus archaïques et les plus puissantes chez les adolescents et les jeunes adultes (force, érotisme, compétition, griserie, vitesse) maintiennent savamment et irrésistiblement la confusion entre ces deux modèles d'utilisation des engins motorisés. Les circuits admirables organisés par Peugeot, par la Préfecture de Police et par la Sécurité Routière pour inculquer aux enfants et aux préadolescents le respect du code de la route, font pâle figure face aux réclames qui claironnent les performances des motos et des voitures, face aux images des rallyes, des courses sur la voie publique, face à l'exaltation du plaisir du danger et face à ce héros de notre temps - le cascadeur.

Certes il n'est pas question d'arrêter la "bonne propagande", les slogans, les explications, les exposés et les adorables circuits pour enfants : il en restera toujours quelque chose au moins chez une partie des petits qui en sont la cible. Mais ne nous faisons pas trop d'illusion sur l'efficacité de cette éducation ou alors essayons de la rendre beaucoup plus massive et contraignante (à cet âge la crainte du gendarme semble souvent plus forte que la peur de la mort) ce qui posera à son tour des problèmes du respect de nos libertés.

1.2. - La prévention du tabagisme par des cours, diapos, exposés, qui en montrent la nocivité à longue échéance, semble donner, elle aussi, des résultats assez modestes. Il est vrai qu'elle choque le bon sens et l'esprit simple et honnête des enfants : comment une "chose" que les maîtres (représentants de l'Etat) nous disent si horrible et si nocive pour nous et nos parents, peut-elle être vendue, distribuée, glorifiée et réclamée par le même Etat ? Comment comprendre à dix ans que c'est la même belle Gitane-au-goût-français, qui provoque les infâmes lésions pulmonaires décrites à l'école ? Et que dire à l'enfant lorsqu'il voit fumer les mêmes maîtres et éducateurs qui lui interdisent le plaisir de la cigarette ou qui en expliquent la nocivité ? Mais l'éducation contre le tabac pose des problèmes plus fondamentaux que le simple "faites ce que je dis, ne faites pas ce que je fais..." une des bases de toute éducation du peuple par les élites. Même sans être psychanalistes nous connaissons tous l'importance des plaisirs oraux à tout âge, mais surtout chez les jeunes ; ces plaisirs de goût, d'odorat, de mâchonnement, de motricité, existent même chez les petits babouins ou chimpanzés qui

POISONS ET POLLUTION

"... Mauvaise nouvelle pour les cannibales : la chair humaine ne serait plus propre à la consommation, car trop chargée en dérivés organochlorés et notamment en DDT..." Ainsi débute "Poisons et Pollution" le nouveau guide pratique édité par Test-Achats.

De l'antigel dans le vin, des antibiotiques dans le poulet, des pesticides dans la salade, des colorants dans la glace, du mercure dans les moules, du DDT dans le lait maternel... Serions-nous vraiment en train de nous empoisonner en douce ?... Et qu'en est-il des détergents liquides, des détachants au toluène et des gaz propulseurs des aérosols ?... Les solvants de peinture sont-ils dangereux ? Et les décapants ? Y a-t-il des produits de beauté cancérigènes ? Est-il vrai que certaines plantes d'appartement sont très vénéreuses ? Ou encore que l'asbeste qui est cancérigène sert de matériau filtrant dans la préparation de toute une série de boissons ?... Les vapeurs de soufre, les pluies acides et les poussières de plomb qui empoisonnent notre environnement ont-elle vraiment remplacé ces "... effluves du soir que dégagent les pierres..." dont parlait si joliment le poète ?... Bref, quel est l'état de la pollution qui nous entoure ? Comment y faire face ? Comment lutter contre elle ?

"Poisons et Pollution" donne des informations claires et concrètes sur tous ces problèmes. Il dit dans quelle mesure certains poisons peuvent être

nuisibles, quels méfaits ils peuvent causer, quels symptômes apparaissent en cas de surconsommation et surtout où et à quelle concentration vous les rencontrez habituellement. Il y a aussi de nombreux conseils pour prévenir un éventuel empoisonnement et pour intervenir en cas d'urgence.

Le livre est divisé en trois grandes parties. La première traite des risques liés à l'alimentation, passe en revue tant les polluants naturels que les contaminants et les additifs qui lui sont, volontairement ou non, ajoutés. Un chapitre spécial est consacré au



absorbent de grandes quantités de cacahuètes, alors même qu'ils n'ont pas faim et qu'ils sont bien nourris ; même chez ces primates, et à plus forte raison chez les humains, ce plaisir oral et le désir qu'il entraîne n'ont rien de commun avec les sensations de satiété ou de faim (1). Or, pratiquement tous les modes de satisfaction de ces désirs sont condamnés à juste titre par l'entourage familial et par la médecine préventive, car contrairement aux bonnes moeurs et aux besoins de santé de l'enfant : sucer son pouce est ridicule et déforme le palais, les enfants qui succombent à ce péché sont volontiers conduits chez des psychiatres, des psychanalistes... ; manger des sucreries est très nocif pour la dentition ; mâcher le chewing-gum est vulgaire, nocif pour l'estomac et permet aux moralistes de se lamenter et de déplorer les comportements bovins des jeunes générations. Or, les cigarettes arrivent au moment où l'enfant est prêt à renoncer à tous ces plaisirs oraux, pour montrer à lui-même et au monde qu'il est devenu grand et qu'il a droit à participer aux plaisirs, entre autres, oraux de ses aînés.

La force de ce désir et la difficulté de renoncer au plaisir font du tabac une drogue particulièrement puissante et, de fumer, une conduite "addictive" dans le sens O.M.S. de ce terme ; les personnes qui s'y adonnent n'hésitent devant aucun sacrifice pour s'en procurer. Il me semble hors de doute que renoncer à un tel plaisir, si profondément ancré dans notre vie instinctuelle, sinon dans la "nature humaine" est très difficile et coûteux en énergie psychique. Ceci explique l'échec des stratégies purement rationnelles et doit nous inciter à la recherche des substituts non-nocifs, des plaisirs de remplacement ; à l'âge qui nous intéresse, peut-on se contenter de proposer simplement une sublimation (sports, activités intellectuelles) tandis qu'on se donne le droit de provoquer l'aversion envers le tabac ? A partir de quel âge le plaisir génital peut-il être considéré comme le remplaçant légitime du plaisir oral "archaïque" ?

2.1. - A l'adolescence l'éducation pour la santé présente encore plus de difficultés que chez les enfants. La période favorable au conditionnement précoce est déjà révolue ; au contraire, l'esprit de défi et de contradiction qui caractérise cette période de la vie rend caducs en par-

tie les conseils les plus raisonnables du monde. Ainsi des cigarettes après un ou deux ans d'usage deviennent une habitude qui nécessite autant de soins, de volonté et d'investissement pour être arrêtée, que chez un fumeur invétéré et adulte. Un adolescent sans grands problèmes personnels qui fume sans trop de conviction et plutôt par imitation, peut être réceptif aux bons conseils et arrêter cette mauvaise habitude ; par exemple, lorsqu'on lui aura expliqué astucieusement, qu'elle n'est pas synonyme d'entrée dans l'âge adulte mais au contraire qu'elle représente un plaisir régressif et une séquelle de ses besoins et biberons... Mais que valent tous ces bons conseils chez un adolescent névrosé, caractériel, mal dans sa peau, marginal, délinquant, etc... ? Pour lui la cigarette est parfois le seul plaisir qui le rend semblable aux gens normaux, tous ses autres plaisirs entraînant la condamnation et l'exclusion sociale. Lorsque nous prenons en charge de tels adolescents, nous leur demandons déjà tellement de changements, de renoncements aux plaisirs immédiats, de maturation, de transformations, que leur demander en plus d'arrêter de fumer me semble une cruauté inutile. D'ailleurs, une telle demande apparaît facilement à l'adolescent comme purement moralisante et complètement coupée de son vécu réel : combien d'entre eux suivent-ils, comme un viatique, les paroles de Barbara "mourir pour mourir je préfère l'âge tendre" ?

La plupart n'imaginent même pas qu'ils puissent rester encore en vie à 40, 59 ou 60 ans ; tomber malade à cet âge est le dernier de leurs soucis et apparaît même à certains, comme "normal".

La demande ou le conseil de se priver d'un plaisir aujourd'hui, pour améliorer son sort dans un futur non-imaginable risque de rompre ou au moins de gauchir une relation psychothérapeutique établie à grand-peine. Ainsi, dans la maison pour jeunes délinquants et pour d'autres adolescents difficiles, nous n'avons jamais osé faire la propagande anti-tabac. Un exemple nous a conforté dans cette voie en mettant en évidence les effets pervers immédiats d'une action éducative très pertinente pour l'avenir : le père d'un garçon très fragile sur le plan psychologique venait de mourir à 55 ans d'une hypercholestérolémie familiale : le médecin bien intentionné, après un bref examen clinique, annonce au jeune qu'il est atteint de la même maladie que son père et

qu'il risque fort de mourir au même âge s'il ne se soumet pas définitivement à un régime sévère et excluant au moins une partie "des bons aliments" préférés du garçon. Celui-ci, pour toute réponse, fait une tentative de suicide heureusement manquée.

Ce cas un peu caricatural montre que l'évaluation des risques futurs ne doit jamais nous dispenser de l'évaluation des risques immédiats ; les conseils de santé à visées préventives ne sont jamais neutres. Il est relativement peu dangereux de les distribuer au tout venant par les médias, car chacun de nous, enfant et adolescent y compris, a suffisamment de moyens de défense pour ne pas se sentir concerné et ne pas les entendre. Mais on devrait toujours réfléchir soigneusement avant de les prodiguer à titre individuel. Cette prudence est d'autant plus de mise qu'on est médecin, psychologue, etc..., c'est-à-dire une personne investie d'un certain pouvoir moral. Avant d'entreprendre une telle action il faut se demander :

- si nos conseils pourront être entendus,
- si le jeune est capable de les suivre,
- si leurs effets pervers éventuels (dépression, dévalorisation de l'image de soi, preuve par quatre qu'on n'a pas de volonté et qu'on est insuffisant) ne sont pas plus dangereux que les bénéfices escomptés à longue échéance.

Il est souvent utile de savoir mettre de côté notre savoir et notre inquiétude pourtant légitime concernant la santé future de l'adolescent. Avant d'entreprendre son éducation à la santé, d'autant plus qu'elle risque de le priver des plaisirs immédiats, nous devons lui faire atteindre au moins un équilibre suffisant dans le présent, un sentiment de sa propre valeur et de sa propre importance. Comment peut-il, et au nom de quoi, pouvons-nous l'inciter à se priver d'un plaisir ou d'une habitude pour vivre plus longtemps, alors que nous n'avons rien fait encore pour le convaincre qu'il est une personne digne de vivre et d'exister.

Dr. S. TOMKIEWICZ,
Directeur scientifique I.N.S.E.R.M.
Unité 69
1 rue du 11 Novembre,
92120 Montrouge

(1) Même si on pense avec S. FREUD, qu'ils ont été "étayés" sur ce besoin vital et biologique... mais nous savons que la théorie d'étayage a été très controversée.

UN LIVRE POUR NOTRE PHARMACIE FAMILIALE ?

Voici 11 ans. Test Achats publiait son "Lexique des médicaments usuels", qui présentait les principales familles de médicaments, ainsi qu'une bonne centaine de spécialités pharmaceutiques courantes (composition, effets et usages thérapeutiques, effets secondaires).

Il a fallu attendre 1986 pour qu'un groupe de professionnels de la santé sorte à son tour un bouquin à l'intention du grand public sur les médicaments.

L'initiative, tardive mais louable, vient du CNIT (Conseil National de l'Information Thérapeutique), et particulièrement du Dr. Roelandts dont on connaît le "Formulaire thérapeutique" à l'usage des médecins.

L'ambition des "Conseils pour le bon usage des médicaments" n'est pas mince. En effet, ce solide volume de plus de 700 pages ne reprend pas moins de 3.000 spécialités (soit 6.000 présentations) en vente dans notre pays. On voit d'ici le travail de bénédictin !

L'ouvrage comprend trois parties. La première contient 22 chapitres groupant des conseils d'ordre général émis par des spécialistes de chaque sujet abordé. Cela va de la recherche à la médecine vétérinaire en passant par les antibiotiques et la rhumatologie.

La deuxième partie présente les spécialités dans l'ordre alphabétique. Pour chacune d'entre elles, on trouve un texte expliquant à quoi elle sert, avec l'un ou l'autre conseil d'utilisation. En outre, quand cela se justifie, on précise ce qui se passe en cas de non-respect du traitement. Il y a aussi des renvois aux notions générales du début de l'ouvrage, et une colonne spéciale schématisant l'usage principal de la spécialité, la nécessité de la prescription ou non, le conseil de demander l'avis du médecin ou du pharmacien, et le danger à boire de l'alcool ou à conduire un véhicule sous l'influence du médicament.

La troisième partie est constituée par un glossaire expliquant des mots difficiles.

MEDICALISATION A OUIRANCE

Une initiative d'une telle ampleur peut s'expliquer par la prise de

conscience de médecins de plus en plus nombreux de la perte de leurs prérogatives. Dès lors, il faut marquer le coup, et ce livre vient à point nommé nous asséner le principe selon lequel hors des professionnels point de salut.

C'est la raison pour laquelle tout élément permettant au public d'utiliser concrètement les médicaments à bon escient est soigneusement évité. Les auteurs ne s'en cachent d'ailleurs pas : leur pire ennemi c'est l'automédication, qui ne peut être selon eux que dommageable dans ses effets.

Leur but n'est donc pas de favoriser l'autonomie du patient en lui fournissant une information de base valable, mais au contraire de le jeter dans les bras du médecin et du pharmacien pour le moindre bobo. Ainsi, les motifs de mises en garde ne sont pas précisés. De même, très rares sont les spécialités pour lesquelles il n'est pas conseillé de demander au moins l'avis du médecin ou du pharmacien. En parcourant les notules, on trouve bien l'autorisation d'utiliser la vitamine C sans avis, mais c'est à peu près tout (1).

Il est regrettable que cette publication soit faite dans un tel esprit, et ce d'autant plus qu'elle contient une foule de données intéressantes sur le médicament. Mais cela ne la rend guère utile pour le consommateur...

UN SOUTIEN MORAL SIGNIFICATIF ?

"Conseils pour le bon usage des médicaments" est préfacé par le ministre de la Santé de la Communauté Française, qui se félicite par ailleurs de n'avoir pas dû déboursier le moindre franc de subside pour sa réalisation. Espérons que cela n'annonce pas un choix de médicalisation de la politique d'éducation pour la santé, qui remettrait en cause le travail effectué sur le terrain depuis de longues années.

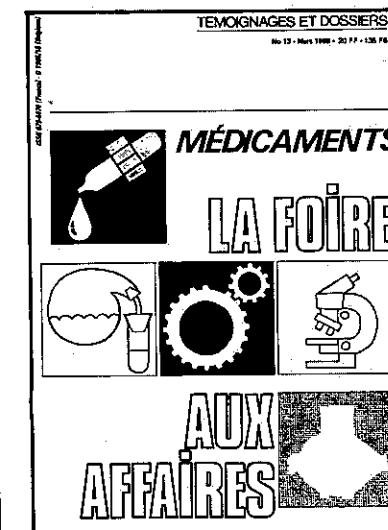
Dr. ROELANDTS et coll., Conseils pour le Bon Usage des Médicaments, Editions Byblos, 1986, 720 p., 995 F.

(1) A ce propos, si on voulait être plus catholique que le pape, on pourrait s'en étonner. L'acide ascorbique peut avoir des effets indésirables chez les diabétiques et les sujets souffrant de lithiase rénale (voir "Acide ascorbique une véritable vitamine un bon médicament placebo", G. BARDE-LAY, Prescrire 6/52, fév. 86, p. 12 à 14). Pourquoi faire une exception alors ?

LA FOIRE AUX AFFAIRES

Apporter la santé à tous en l'an 2000 : tel est l'objectif ambitieux que s'est donné l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Vaste programme que doit alimenter une pluralité d'initiatives aussi variées que précises : en matière de nutrition, d'eau potable, de vaccinations... et de médicaments. Dans ce dernier domaine, une liste de médicaments "essentiels" existe depuis quelques années : utilisés partout, ils permettraient de faire face à la plus grande partie des maladies qui ravagent encore le Tiers-Monde.

En mai de cette année, l'assemblée générale de l'OMS va traiter une nouvelle fois de ce sujet : il est en effet urgent de relancer l'effort en matière de médicaments essentiels...



C'est ce sujet et bien d'autres qu'aborde le nouveau dossier de "Frères des Hommes" : MÉDICAMENTS : LA FOIRE AUX AFFAIRES. Du Tiers-Monde nous parviennent en effet des appels dramatiques : ils parlent de médicaments dangereux, délivrés sans contrôle ni information suffisante, de produits chers, inaccessibles aux populations les plus démunies, pourtant les premières frappées par la maladie, de pénuries de produits de base... etc. Mais il y a aussi beaucoup de raison d'espérer : des initiatives se développent pour organiser les consommateurs, produire localement des médicaments de base, lutter contre les produits dange-

L'EPIDEMIOLOGIE SANS PEINE

L'objectif de cet ouvrage est de permettre au lecteur de prendre un premier contact avec l'épidémiologie, de se familiariser avec ses principaux concepts et ses méthodes les plus usuelles. Il faut donc préciser ce que contient ce livre et ce qu'il ne contient pas.

Il a été conçu avant tout comme un glossaire des principaux termes utilisés par l'épidémiologie. On a, de plus, voulu présenter ces termes dans leur contexte, afin d'éviter une liste de définitions qui, sorties de la problématique générale de l'épidémiologie, risqueraient d'être très formelles, éventuellement mal comprises ou mal interprétées. C'est donc un glossaire réfléchi, qui voudrait ne pas se contenter de définir des mots, mais faire comprendre l'ensemble de la démarche épidémiologique qui seule donne leur véritable sens à ceux-ci.

Plus concrètement, le but que se sont fixé les auteurs est qu'un lecteur ayant assimilé les notions présentées dans "L'épidémiologie sans peine" devienne également un lecteur averti de la littérature médicale, capable d'exercer son sens critique face à la multiplication des publications et des discours qui font référence aux méthodes épidémiologiques (d'une façon plus ou moins justifiée...).

Cet ouvrage s'adresse donc à tous ceux qui, non formés à l'épidémiologie pendant leurs études, sont aujourd'hui confrontés à l'invasion de celle-ci dans tous les domaines de la médecine et de la santé publique.

Un petit livre visant à exposer à un public de non-initiés les principaux concepts et méthodes de l'épidémiologie ne saurait traiter tous les aspects de cette science.

Ainsi, il est consacré uniquement à la méthodologie générale, et n'aborde pas du tout les connaissances acquises par l'épidémiologie à propos de telle pathologie, de tel facteur de risque ou de telle population.

S'il ne traite pas des faits, ce livre n'a pas non plus l'ambition de donner à son lecteur les moyens d'un savoir-faire lui permettant de se transformer d'emblée en épidémiologiste. N'oublions pas qu'il faut, comme dans toutes les disciplines scientifiques, de nombreuses années de formation et d'expérience pour devenir

un véritable professionnel. Si le texte présente parfois des situations qui semblent réelles et qui envisagent des aspects pratiques de la réalisation des enquêtes épidémiologiques, c'est avant tout pour rendre plus concrètes des notions qui par ailleurs peuvent paraître bien ardues. C'est aussi pour mettre le lecteur en garde contre les pièges les plus habituels que rencontre l'épidémiologiste sur le terrain, et lui permettre une vision plus vivante de la mise en oeuvre de concepts abstraits.

Enfin, il faut mettre en garde le lecteur contre une confusion des plus courante parmi le public non averti, qui consiste à confondre épidémiologie et statistique. La statistique est une science autonome, qui a de nombreuses applications, notamment dans le domaine de la santé. L'épidémiologie, quant à elle, utilise très largement les méthodes statistiques ; mais elle a son propre domaine d'investigation, sa problématique particulière et des méthodes spécifiques. C'est pourquoi cet ouvrage, consacré à l'épidémiologie, ne traite pas des méthodes statistiques. Seules les notions statistiques les plus fondamentales (sondages, tests et estimations) sont abordées, car elles sont le fondement même des méthodes épidémiologiques essentielles. Mais on ne trouvera dans "L'épidémiologie sans peine" aucune formule, aucun calcul statistique.

DEUX PARTIES PRINCIPALES

La première. Les aventures du Dr. E. Pidémio et de son amie Anna-Lise, reprend, avec quelques modifications et quelques ajouts, une série d'articles parus entre mars 1983 et mars 1984 dans la revue Prescrire. Il s'agit d'une succession d'épisodes à suivre qui (hormis le premier) mettent en scène deux personnages (et quelques acolytes). On a essayé de cette façon de rendre plus aisée la compréhension des concepts et des méthodes, en les présentant en situation en quelque sorte. Cette partie est donc à lire en premier : elle a comme objectif de faciliter le premier contact avec la méthodologie épidémiologique et de poser les principaux jalons. Cependant, les nécessités techniques de la mise en scène ne permettent pas d'aborder tous les aspects des notions ainsi illustrées. De plus, elles obligent à présenter certains points de façon dispersée : le sujet est abordé dans un épisode, il est repris et complété plus loin, etc.

Si cela n'est pas gênant - au contraire - lors d'une première lecture visant à familiariser le lecteur avec une méthodologie nouvelle pour lui, il est par contre difficile de retrouver, dans un second temps, l'explication de certaines notions dispersées dans plusieurs épisodes et noyées dans un dialogue.

C'est pourquoi la seconde partie, (Presque) toute l'épidémiologie en bref, reprend l'ensemble des notions présentées, sous la forme traditionnelle d'un cours académique. Outre l'intérêt de permettre de développer certains points traités de façon trop superficielle dans la première partie, cette formule rend une seconde lecture plus aisée. Le lecteur qui recherchera une définition, l'explication de tel type d'enquête pourra ainsi y accéder plus facilement (grâce à un index et au rappel dans la marge de la matière traitée dans le texte), et en faire une lecture plus directe. Enfin, les notions sont regroupées d'une façon plus logique et plus homogène.

On a donc deux livres en un... Ils sont complémentaires, mais conçus pour être utilisés indépendamment : le premier est à lire, le second à travailler... pour ceux qui le souhaiteraient !

L'accès à cet ouvrage est facilité par un index qui renvoie aux pages où sont traités les termes. Il faut noter que la terminologie épidémiologique est parfois floue : certains termes sont obscurs, il existe souvent des termes synonymes, etc. Les auteurs se sont efforcés de choisir des termes qui ne prêtent pas à controverse et ont également (tant dans le texte que dans l'index) fourni leurs synonymes les plus utilisés. La plupart sont d'origine anglo-saxonne, mais ils ont une traduction française ne prêtant pas à confusion.

Enfin, une très courte bibliographie permettra à ceux qui veulent en savoir plus d'accéder à des publications qui leur permettront d'approfondir les notions dont seuls les principes essentiels sont présentés dans "L'épidémiologie sans peine".

Ajoutons pour terminer que l'ouvrage n'a pas volé son titre, et qu'il est très agréable à consulter malgré l'aspect à première vue rébarbatif de son contenu. Il est même plein d'humour. Faut le faire, non ?

M. GOLDBERG et coll., L'épidémiologie sans peine, Editions Médicales Roland Bettex, 1985, 150 p., 706 FB.

APPRENDRE L'AUTO-EXAMEN DU SEIN

Le cancer du sein est le principal cancer féminin. On admet généralement qu'un diagnostic et un traitement précoces augmentent les chances de guérison. L'auto-examen du sein (AES) est considéré comme une méthode de dépistage utile s'il est effectué régulièrement et correctement ; en effet, pratiqué dans de bonnes conditions, il permet de déceler des tumeurs avant qu'elles aient eu le temps de se développer.

Seulement, les études indiquent que relativement peu de femmes effectuent cet examen, et encore plus rarement de manière efficace. La question se pose alors de trouver des moyens concrets d'améliorer la situation.

Une expérience réalisée récemment aux Etats-Unis (*) donne certaines indications quant à l'efficacité comparée de trois méthodes, lecture d'une brochure, brochure + vision d'une démonstration en vidéo, brochure + exercices sur un mannequin. Les résultats n'offrent guère de surprise par rapport à ce qu'on attend spontanément de chaque type de méthode, mais ont le mérite d'offrir des éléments chiffrés d'évaluation.

L'EXPERIENCE

Trois groupes homogènes (âge, race, niveau d'instruction, de revenu, situation de famille, ...) ont été constitués au hasard parmi les femmes fréquentant un centre de dépistage. Il y avait un groupe par méthode d'apprentissage. L'efficacité des méthodes était jugée sur quatre critères : degré de fréquence de pratique de l'AES ; degré de confiance des femmes dans leur capacité à pratiquer l'AES ; maîtrise des gestes techniques ; capacité de détecter une anomalie dans la poitrine.

Les méthodes ont été évaluées sur base d'un post-test effectué trois mois après l'apprentissage. Lors du post-test, les femmes devaient aussi trouver quatre "grosseurs" sur des mannequins.

LES RESULTATS

Le tableau synthétise les résultats les plus significatifs de l'expérience.

D'abord parce que la population de l'expérience était constituée d'un public privilégié, puisqu'il s'agissait

Type de groupe	Groupe brochure	Groupe brochure + video	Groupe brochure + mannequin	moyenne
Critère d'efficacité				
Fréquence de pratique de l'AES (au moins une fois par mois)	46 o/o	56 o/o	64 o/o	54 o/o
Confiance en ses capacités de pratiquer l'AES	60 o/o	70 o/o	82 o/o	70 o/o
Maîtrise technique (score obtenu sur un maximum de 12)	2,5	4	6,5	
Détection de toutes les anomalies (*)	10 o/o	17 o/o	40 o/o	22 o/o
Détection de la plus petite anomalie (5 mm)	15 o/o	22 o/o	52 o/o	

(*) A noter que les faux positifs (anomalie détectée là où il n'y en a pas) sont du même ordre dans les trois groupes.

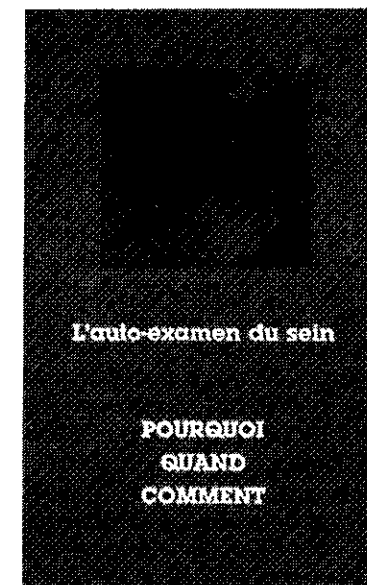
Il est clair que la troisième méthode, apprentissage sur mannequin + brochure donne les meilleurs résultats. C'est dû notamment au fait qu'il est possible de se corriger au moment de l'apprentissage.

Toutefois, il faut ajouter que la maîtrise de tous les gestes techniques reste faible (9 o/o de femmes seulement ont un score égal ou supérieur à 8 sur 12), même dans le groupe le plus performant.

On remarque aussi une forte corrélation entre la maîtrise technique et la détection d'anomalies. Par contre, on ne peut affirmer que plus une femme pratique l'AES plus grande est sa capacité de détecter une anomalie.

QUELQUES COMMENTAIRES

L'étude donne probablement des résultats supérieurs à ce qu'on pourrait espérer dans des conditions normales et réelles de pratique de l'AES dans la population féminine.



Un bon dépliant expliquant l'AES, réalisé par le Centre de Prévention et Dépistage Précoce du Cancer de l'UCL. Dommage que cela ne suffise pas.

de femmes fréquentant un centre de dépistage.

Ensuite, parce que les mannequins sur lesquels les femmes devaient appliquer leurs compétences avaient des poitrines sans défaut (à part les anomalies placées volontairement), et étaient donc plus faciles à examiner que de vraies poitrines.

Enfin, parce que le post-test a été réalisé 3 mois seulement après l'apprentissage, ce qui est un peu court pour juger de la persistance dans le temps de la technique apprise.

CONCLUSION

L'auto-examen du sein n'est pas facile à effectuer de manière efficace.

En ne se contentant pas d'une simple explication verbale, ou de la remise d'un dépliant aide-mémoire, mais en offrant aussi aux femmes un apprentissage pratique sur modèle, on peut améliorer la qualité de l'AES, mais dans des proportions limitées.

Autrement dit, un moyen de prévention secondaire, théoriquement excellent, n'est pas nécessairement facile à mettre en pratique.

(*) A.R. ASSAF, K.M. CUMMINGS, S. GRAHAM, C. METLIN, J.R. MARSHALL, Comparison of Three Methods of Teaching Women how to Perform Breast Self-Examination, Health Education Quarterly, vol. 12(3) : 259-272, 1985.

La domination du pouvoir médical reste incontestable si on en juge par la faiblesse des ressources allouées pour les programmes éducatifs par rapport aux fortunes dépensées dans le secteur curatif.

UNE COOPERATION ALEATOIRE

L'éducation à la santé est vécue avec réticence par les médecins car elle pourrait exercer un travail de sape sur l'autorité d'un pouvoir médical patiemment élaboré au cours des siècles : la limitation de la dépendance du patient qu'elle implique assez généralement signifie une redistribution des cartes du pouvoir ; idem si le patient bien informé développe les possibilités de porter un jugement sur la qualité du travail du

n'en peut plus. Ce n'est plus tenable. Il vient de donner sa démission à son patron, après dix ans de maison. Il était représentant de commerce. Les douleurs le prenaient quand il allait voir des clients. En conduisant sa voiture, c'est commode ! Il fallait qu'il demande à sa femme de l'accompagner pour qu'elle puisse conduire à sa place. Une jeune femme avec qui il s'était mis en ménage depuis deux ans à peine. Ce n'était pas une vie pour elle. Avant son divorce, il n'avait pas tous ces troubles. Sa famille avait voulu l'empêcher de divorcer. Il avait tenu bon. La vie était devenue impossible avec sa première femme. Et voilà, maintenant qu'il avait tout pour être heureux, ce maudit mal de ventre l'obligeait à donner sa démission. Enfin, cette fois il allait pouvoir procéder à tous les examens nécessaires et se soigner sérieusement.

(...)

Emmanuelle, Pascale, Patrick, Guillaume... Litanie des mal-dans-leur-peau, un peu plus mal que les autres puisque cela les a conduits à l'hôpital après qu'ils ont épuisé les ressources de la médecine de ville.

En vrac, voici ce qu'ils ont trouvé :

- 104 jours d'hospitalisation,
- 9 échographies,
- 8 lavements barytés,
- 8 fibroscopies gastriques,
- 4 transits gastroduodénaux,
- 3 rectoscopies,
- 2 transits du grêle,
- 2 ponctions-biopsies du foie,
- 1 coloscopie
- 1 scanner,
- des consultations de cardiologie, gynécologie, etc...

Je passe les prises de sang et examens de selles à la recherche de toutes les perturbations possibles du métabolisme hépato-gastro-entérologique.

Et pour tous, un même diagnostic : "Vous n'avez rien".

On a proposé à ceux qui étaient si mal dans leur peau de me parler. Ils n'avaient pas un organe malade, mais ils étaient malades. Encore fallait-il s'en assurer. A l'hôpital, on ne peut pas se permettre de "passer à côté" d'une maladie d'organe puisque telle est la spécialité. Pour le reste, à moi de m'en charger. A moi de faire parler, à moi de savoir parler. La parole est ma spécialité. Avec

des mots, je peux poser des diagnostics. Diagnostics pour médecins : hystérie, phobie, dépression, hypochondrie... Ceux-là ne servent à rien. Ou diagnostics pour malades : c'est l'anxiété, la peur, ou encore la volonté, le superstition, la colère, la tristesse, la culpabilité, l'injustice, la solitude qui vous rendent malades.

Certains acceptent de m'entendre, d'autres non. Ils ne sont pas fous. Ils ont mal au ventre. Ils ne sont pas venus pour parler, Emmanuelle, Pascale, Patrick, Guillaume... Ils sont mal dans leur peau de mal-aimés, de mal-payés, de mal-considérés. Pour s'en plaindre, ils ne sauraient à quelle porte frapper. Mais ils ont suffisamment mal au ventre pour être hospitalisés. A cette demande, il sera répondu : on payera pour eux, on fera cas de leur maladie, on se penchera sur leur malheur. Ils n'ont rien de simulateurs, et leur souffrance est réelle. Ils ont trouvé inconsciemment la seule voie par laquelle la société les reconnaît et accepte de les soulager pour un moment. Le "vous n'avez rien" ne pourra longtemps rasséréner ceux qui portent en eux la peur, la tristesse, la colère ou la culpabilité.

LE MODELE MEDICAL DE LA SANTE

1. **L'accent est mis sur la maladie.**
La santé est vue comme absence de maladie. Le curatif prime le préventif.
2. **La maladie est un phénomène essentiellement biologique.**
Les suites physiques du traitement (ou de l'absence de traitement) font l'objet de plus d'attention que les facteurs psychologique, économique, ou la qualité de la vie.
3. **La maladie est comprise de façon réductrice.**
La formation médicale est de loin beaucoup plus centrée sur la biochimie, l'histologie et la microanatomie que sur la sociologie, l'anthropologie, l'écologie humaine.
4. **Doctrine des causes spécifiques.**
La maladie est produite par un agent et un seul.
5. **Dualité de l'esprit et du corps.**
Le corps est gouverné par les mêmes règles naturelles que chez l'animal et peut être considéré séparément de l'esprit.
6. **Les traitements ont pour objectif, non de guérir le corps en lui-même, mais de remettre en ordre ses fonctions déficientes.**
L'homme est le maître de la nature ; le corps est manipulé de l'extérieur.
7. **Orientation individuelle.**
Le traitement de la maladie est centré sur l'individu. L'environnement physique et social du patient est l'objet de beaucoup moins d'attention.
8. **Primauté du patient.**
Le médecin se préoccupe bien plus des intérêts individuels du patient que de la société.
9. **Biais dans l'action**
On préfère l'intervention à l'absence d'intervention. Mieux vaut diagnostiquer une maladie chez quelqu'un en "bonne santé" que d'en rater une chez une personne malade.
10. **Paternalisme.**
Le médecin est mieux au courant que le patient de la maladie et du traitement, et agit dans le meilleur intérêt du patient.
11. **Le patient est passif.**
Il ne prend pas de rôle actif dans le diagnostic et le traitement.

PERMANENCE DU MODELE MEDICAL

On souligne souvent ces derniers temps dans les milieux médicaux le rôle que le médecin est appelé à jouer dans le domaine de l'éducation pour la santé, un peu comme s'il allait de soi que les praticiens sont prêts à s'investir dans des activités préventives ne se limitant pas au seul dépistage.

Certains mettent en doute l'évidence de ce raisonnement et observent que les relations entre l'éducation pour la santé et la médecine sont plutôt de type conflictuel, et qu'au cœur du problème, il y a un enjeu fondamental de pouvoir qui est un frein considérable.

Le pouvoir médical ne s'exerce pas uniquement comme tendance un peu abstraite au niveau d'une société donnée ; il se retrouve aussi dans les relations individuelles entre médecins et patients. Et il n'est pas sûr que médecins, patients et éducateurs visent les mêmes contenus quand ils parlent de la santé. La comparaison entre le modèle médical et le modèle éducatif montre de manière caricaturale sans doute, un écart tel entre les deux conceptions de la santé qu'on voit mal dans l'état actuel des choses les praticiens adhérer massivement à un nouveau type de médecine répondant à ce que C. CAPET appelle logique de gestion ("Il y a 'patient' et 'patient'").

MEDECINES DOUCES

Au cours de ces dernières années, les médecines douces ont acquis droit de cité. Même dans les cercles les plus orthodoxes, le corps médical commence à admettre qu'elles ont beaucoup à offrir à nombre de patients. "Le livre des médecines douces" décrit en détail une cinquantaine de thérapies alternatives, de l'acupuncture aux médecines traditionnelles en passant par les biothérapies et la diététique, en faisant bien la différence entre ce qui relève de la science et ce qui tient du charlatanisme pur et simple.

Largement illustré de photos couleur et noir et blanc, de diagrammes et de dessins explicatifs, cet ouvrage constitue en outre un véritable "guide du consommateur" qui, dans un langage clair, accessible à tous, dresse la liste des médecines douces les mieux adaptées à telle ou telle maladie, à tel ou tel âge de la vie.

Guide éminemment pratique, et non recueil de différentes philosophies alternatives, "Le livre des médecines douces" vise avant tout à

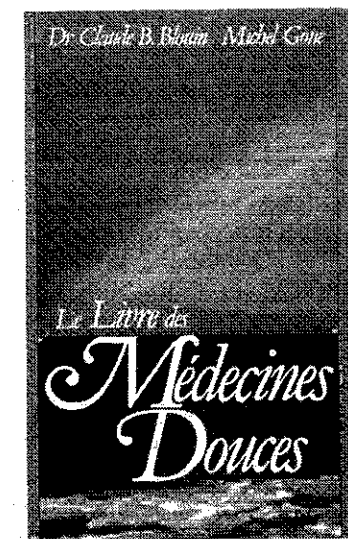
aider les malades, à leur permettre de choisir le traitement convenant à leur cas.

C'est un livre indispensable consacré à un sujet encore mal compris, auquel chacun pourtant s'intéresse de plus en plus à mesure qu'il connaît mieux le fonctionnement de son corps et de son esprit. Direct, pratique, cet ouvrage vient à son heure dans un monde où l'on sait désormais qu'il n'existe pas de réponse exclusive - et miraculeuse - à un problème donné, quel qu'il soit.

L'ouverture d'esprit et la curiosité intellectuelle des auteurs à l'égard des médecines douces s'accompagne d'un solide esprit critique. Il suffit de lire le chapitre consacré au cancer pour se convaincre du sérieux de leur attitude.

Sur le plan de la présentation, "Le livre des médecines douces" est agréable à consulter, et contient de nombreuses illustrations en couleur et en noir et blanc.

Sur le même sujet, signalons aussi le "Guide des médecines douces", qui, à la différence du précédent, donne des indications de traitement pour de nombreux troubles. Mais les



auteurs ont la sagesse de recommander au lecteur d'appliquer leurs conseils avec l'aide de leur médecin. Cela vaut peut-être mieux...

- C. BLOUIN, M. GOUE, Le livre des médecines douces, Solar, 1985, 350 p., 125 FF.

- M. BERNADET, C. BINET, D. DELORME, M. de SMEDT, Guide des médecines douces, Nathan, 1985, 290 p.

LU POUR VOUS

MEDECINE DURE

Marie-Claire CELERIER est psychiatre. Mais elle exerce son métier dans un service de gastro-entérologie. Qu'est-ce qu'une psychiatre vient faire là ?

Voyez donc qui on trouve dans ce service : Gisèle, qu'on traite pour une hépatite alcoolique, sans se soucier des causes qui ont pu la conduire à abuser de l'alcool. Rachid, vingt-deux ans, qui souffre d'une forme rare de gastro-entérite, ne comprend rien à sa maladie, et se ronge d'angoisse faute de parvenir à établir un dialogue. Pierre, Madeleine, Antoinette, auxquels on impose une chimiothérapie lourde sans sanger à leur donner l'information qui pourrait les rassurer. Et tous ces vieillards qui restent là, en attendant mieux !

Et puis, il y a tous ceux qui se plaignent de maux divers, alors que le médecin ne trouve rien d'anormal : ils sont là pour des examens approfondis, après lesquels ils rentreront chez eux... sans qu'on ait rien trouvé. Ils ne sont pas des simulateurs : ils ont réellement mal, mais ce n'est pas leur corps qui fonctionne mal. C'est la vie qui les a blessés. Ils ne veulent pas se plaindre, mais il faut que "ça sorte" d'une façon ou d'une autre.

MAL AU VENTRE

Emmanuelle a mal au ventre... C'est l'année du bac et son père tient absolument à ce qu'elle l'obtienne. Pas n'importe quel bac, un bac scientifique, les autres ne servent à rien. Elle s'est déjà fait éjecter de la section C, et en D, ça ne va pas fort. Elle a aussi des problèmes avec les garçons. Pour ne pas avoir l'air trop gourde, l'été dernier, elle en a suivi un. Au dernier moment, elle a pris peur, elle ne voulait plus. Lui n'a rien compris et l'a presque violée. Ça a été horrible. Pour oublier ce souvenir, à l'automne, elle est sortie avec un autre, mais ça ne s'est pas bien passé non plus. Elle n'a pas été rassurée. Le tout en cachette de ses parents. Son père est si sévère ! Depuis ces événements, elle a mal au ventre. De plus en plus. Tellement qu'elle ne peut

Alors, leur corps parle pour eux. C'est par exemple le "mal au ventre".

Faut-il alors un psychiatre spécialiste en médecine psychosomatique dans chaque service hospitalier ? Sûrement pas : ces "faux malades" ne sont pas des fous : ils demandent simplement qu'on s'intéresse un peu plus à eux, non pas seulement comme à une machine à réparer, mais comme à une personne dont la maladie, qu'elle soit ou non psychosomatique s'inscrit dans une histoire, dans une vie sociale. Pour guérir, ils n'ont pas seulement besoin de bonnes techniques de diagnostic, de bons médicaments, de bons chirurgiens, mais aussi de douceur, d'attention, d'affection.

Tous ceux qui ont dû séjourner à l'hôpital savent qu'en y entrant on devient, au mieux, un enfant, au pire, un numéro, un cas.

Avec eux, pour eux, Marie-Claire Célérier pousse un cri d'alarme. Son livre "Médecine dure", plaide pour une meilleure écoute du malade et une plus grande attention à la personne, sans négliger les aspects

plus fixer son attention au cours et que le bac s'éloigne encore.

Pascale a mal au ventre... Elle aussi a des problèmes avec les hommes. Elle s'est trouvée enceinte d'un garçon avec qui elle ne voulait pas se marier. Elle a subi une interruption de grossesse qui s'est très mal passée. Elle a souffert pendant des semaines. Pourtant, l'avortement n'avait entraîné aucune complication. Depuis elle n'a plus été la même et a dû s'arrêter de travailler pour des douleurs abdominales. Elle s'est mariée deux ans plus tard. Sexuellement, ça ne va pas. Chaque rapport déclenche des douleurs pour quarante-huit heures. Elle voudrait bien avoir un enfant mais dans ces conditions ce n'est pas possible. Il faudrait d'abord qu'on trouve ce qu'elle a.

MÉDECINE DURE

L'hôpital en question

Marie-Claire Célérier

STOCK

psychologiques qui accompagnent, aggravent ou même provoquent les maladies. Si elle dénonce une médecine trop dure, elle ne rejette pas les apports de la technique moderne au profit d'une médecine plus douce mais moins scientifique. Elle réclame tout simplement une médecine plus humaine.

CELERIER Marie-Claire, Médecine dure, Stock, 1985, 273 p.

Patrick a mal au ventre... Il a subi un licenciement économique. Depuis plusieurs mois déjà, il est au chômage. Il est sur le point de commencer un stage de formation professionnelle, formation générale, avec du français et du calcul, avant la formation technique proprement dite. A l'école, il ne comprenait pas bien. C'est pour quoi il avait travaillé de bonne heure, sans qualification professionnelle. Qu'est-ce que ça va donner ? Avec sa femme qui ne travaille pas et ses quatre enfants à la maison, il n'a pas le choix. Les allocations chômage ne durent qu'un temps. Mais il a tellement de coliques depuis quelques semaines que, si cela continue, il ne va pas pouvoir suivre son stage.

Guillaume a mal au ventre... Lui, depuis longtemps. Des mois, des années, par périodes. Maintenant, il

médecin. Conséquence tout aussi inquiétante pour une profession parfois contestée, certaines évaluations indiquent que la domination du modèle éducatif verrait une diminution globale de l'utilisation des services de santé, et donc des revenus des médecins (nous y reviendrons dans un prochain numéro).

Enfin et fondamentalement, le modèle éducatif crée une nouvelle culture de la santé, vécue comme un phénomène multifactoriel, qui n'est donc plus réductible à la seule autorité médicale. C'est peut-être là le plus grave pour certains médecins.

UNE VISION PAS SI CARICATURALE QUE CA

La description des deux modèles de la santé, le médical et l'éducatif, ne laisse guère de place à la nuance et au dialogue. On peut le regretter, car c'est le patient qui est victime en dernier recours des visions trop tranchées.

D'aucuns souhaitent établir des ponts entre les professionnels de la santé et les consommateurs de soins de santé, et ils ont raison. Mais force est de constater que quand l'initiative vient des milieux médicaux, elle reste souvent marquée par le modèle médical, et que l'effort de communication des professionnels est motivé surtout par la volonté de protéger leurs prérogatives et d'avoir affaire à un patient docile, prêt à acquiescer plutôt qu'à discuter. La permanence de cette conception est illustrée par le récent ouvrage "Conseils pour le bon usage des médicaments" (voir article dans ce numéro). Elle apparaît aussi clairement dans une affiche à première vue anodine, axée sur un conseil de prévention secondaire.

Il ne s'agit pas ici d'inciter les gens à prendre eux-mêmes des mesures,

ATTENTION AUX FAUSSES NOTES...

ELLES NE SE RATRAPENT JAMAIS



CHOLESTEROL - DIABETE HYPERTENSION



FAITES VOUS CONTROLER REGULIEREMENT PAR VOTRE MEDECIN

LE MODELE EDUCATIF DE LA SANTE

1. L'accent est mis sur la santé.
La santé est un état positif basé sur le bien-être physique, social et mental. La prévention des maladies et la promotion de la santé ont la priorité.
2. Le consommateur est une personne complexe, avec ses pensées, ses valeurs, ses aspirations, ses croyances et ses sentiments.
La santé est une valeur parmi d'autres.
3. Les individus doivent être abordés dans une perspective globale.
La maladie est la résultante de multiples facteurs. Elle est souvent une réponse adaptative à des bouleversements dans l'environnement du patient.
4. Le corps et l'esprit sont inséparables.
La maladie a une composante aussi bien psychologique que physique. Il n'est pas très pertinent d'ignorer l'une ou l'autre dimension.
5. La plupart des mesures de santé, qu'elles soient thérapeutiques, préventives ou de promotion, sont choisies et entreprises par le consommateur.
Une petite partie des problèmes de santé réclame l'intervention de professionnels. Dans la plupart des cas, le consommateur peut se charger lui-même des soins.
6. L'information et les expériences éducatives peuvent avoir un impact thérapeutique en elles-mêmes.
Un patient informé d'un diagnostic ou d'un pronostic peut être soulagé.
7. Le donneur de soins est une personne-ressource.
L'éducation est vu comme une personne ayant une certaine compétence dans le domaine de la santé et ayant des capacités pour aider le patient à modifier ses comportements et à faire face à la maladie.
8. Médecin et patient ont un pouvoir égal.
Cependant, leur pouvoir est de nature différente. Chez le médecin, il provient de sa meilleure connaissance de la santé et de la maladie et de sa capacité à fournir une aide en cas de détresse. Le pouvoir du patient découle du fait qu'il est le seul à décider s'il suivra ou non les conseils du médecin.
9. Le patient est actif.
Il choisit les mesures préventives ou thérapeutiques qu'il va suivre.

La description de ces deux modèles est extraite de "Health Education and Medicine : Competition or Cooperation ?", E. BARTLETT et R. WINDSOR, Health Education Quarterly, vol. 12(3) : 219-229, 1985.

Il faut insister sur le fait qu'ils ne prétendent pas décrire la réalité, mais souligner des tendances.

mais de recourir à l'expertise du médecin. L'image d'une voiture déginglée opposée à une voiture rutilante n'est pas innocente. On y décèle un sophisme dont les professionnels de la santé sont friands : quand ma voiture est en panne, je vais chez le garagiste ; de même quand ma mécanique personnelle est grippée, je vais chez le toubib. C'est oublier d'une part qu'en entretenant convenablement son véhicule, on prévient pas mal de pannes, et d'autre part que certains automobilistes bricoleurs sont parfaitement capables de réparer certaines pannes. De même, on peut s'occuper soi-même de sa

santé en veillant à maintenir la mécanique en bon état, et en intervenant soi-même pour certains pépins. Cela ne signifie nullement qu'on doit ou qu'on peut se passer totalement de garagiste-médecin ! Nous n'avons pas la prétention de défendre une conception qui excluerait les responsabilités de l'un ou l'autre intervenant dans le domaine de la santé.

L'évolution des mentalités joue probablement en faveur d'une plus grande compréhension. Et quand les médecins s'intéresseront autant à l'éducation pour la santé que les éducateurs sanitaires à la médecine, un grand pas sera franchi.

INITIATIVES

L'EXAMEN DE SANTE, VOUS CONNAISSEZ ?

Spots publicitaires à la TV et à la radio, Point de la Médecine, Ecran Témoin, 20 m2 dans les rues, annonces et articles dans la presse, il est difficile d'y échapper depuis le début du mois d'avril : l'EDS (examen de santé) est dans nos murs.

L'initiative revient au Dr. ZIANT, le dynamique directeur de l'Association contre le Cancer, en collaboration avec la Société Scientifique de Médecine Générale.

A première vue, l'idée est séduisante : pas mal de gens répuant à se rendre à un examen de dépistage du cancer, il est habile de présenter un "paquet" visant à assurer le dépistage du cancer, mais aussi des maladies cardio-vasculaires et du diabète. On meurt plus des affections cardiaques, mais on en a moins peur que du cancer !

L'intérêt est qu'il s'agit de maladies silencieuses, dont les débuts ne s'accompagnent souvent d'aucun symptôme, et qui risquent donc d'être ignorées faute d'un dépistage adéquat.

Concrètement, l'EDS est pratiqué par un médecin généraliste, et est conseillé aux hommes tous les deux ans à partir de 40 ans et aux femmes tous les deux ans à partir de 35 ans. En cas de risque particulier, on conseille une fréquence plus grande ; de même, au-delà de 60 ans l'EDS est recommandé tous les ans.

Le slogan de cette campagne est bourré de bon sens : "Mieux vaut être en bonne santé et le savoir... que malade et l'ignorer". Difficile de contester cela. Mais l'EDS est-il aussi efficace que ses promoteurs l'affirment ?

Il n'est pas simple de répondre à cette question en quelques lignes. Il faut tenir compte ici de la formation des médecins, de l'intérêt des composantes de l'EDS, du coût à charge de la collectivité par rapport au bénéfice qu'on peut en attendre, du ciblage de la population...

Tout d'abord, les médecins généralistes sont-ils à même d'effectuer

cet examen dans de bonnes conditions ? Cela ne va pas de soi. Pour effectuer l'EDS correctement (et notamment la palpation des seins), il faut une compétence technique que tous les généralistes ne possèdent pas d'office. Et on sait que les omnipraticiens ne se bousculent pas aux séances de recyclage organisées à leur intention par les centres de dépistage.

Autre point d'interrogation, le dosage du cholestérol sanguin, prévu dans le protocole de l'EDS. Il faut savoir que le lien entre le taux de cholestérol sanguin et le risque cardio-vasculaire est remis en cause par certains spécialistes. En plus, un ticket modérateur vient d'être instauré sur cette prestation, précisément pour essayer de maîtriser la multiplication à première vue excessive de ce type d'analyse.

Troisièmement, l'utilité de la palpation des seins est remise en cause. En effet, l'important est de déceler un changement dans la poitrine plutôt qu'un état de celle-ci. Pour cela un contrôle beaucoup plus régulier, mensuel, s'impose. Impossible de le confier à un médecin ! Ce n'est pas en effectuant un contrôle tous les deux ans qu'on aura la certitude de dépister efficacement le cancer du sein, d'autant plus qu'il semble que les petites tumeurs (moins de 0,5 cm de diamètre), difficiles à déceler, peuvent déjà être très préoccupantes. Et on ne va quand même pas proposer une mammographie tous les six mois à toutes les femmes de plus de 35 ans !

Quatrième point délicat, le fait que les promoteurs de l'EDS ratissent très large en s'adressant à toutes les femmes à partir de 35 ans et à tous les hommes à partir de 40 ans. Est-ce réaliste de définir ainsi la cible ? Ne faudrait-il pas être plus sélectif, et ne proposer certains examens qu'à certaines tranches d'âge par sexe ?

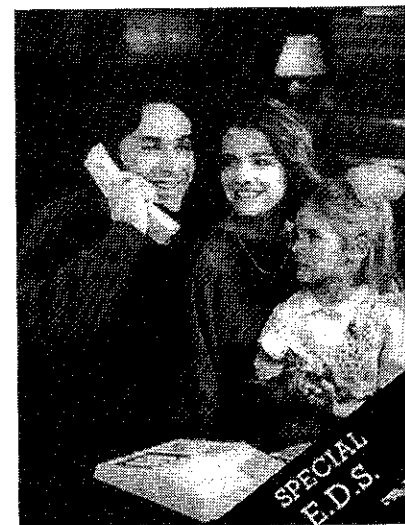
Les esprits chagrins peuvent en effet imaginer que cette campagne EDS a pour but de faire tourner la machine, et d'offrir du travail aux

généralistes. Si elle remporte un gros succès, la campagne EDS sera une charge importante pour la collectivité. Cela signifie aussi que cette initiative visant la communauté française sera en réalité financée au plan national !

Les Flamands, qui répugnent déjà à "payer pour la sidérurgie wallonne" devront-ils en outre payer pour les dépistages francophones ?

Sans remettre en cause le bien-fondé de la prévention secondaire, quand elle s'appuie sur des connaissances scientifiques solides, on peut quand même se demander s'il n'est pas possible de conseiller aux médecins de faire un EDS ou quelque chose d'équivalent à l'occasion d'un contact avec leurs patients, en évitant donc de susciter une consultation spécialement pour cela.

Cela étant dit, si vraiment l'EDS permettait d'épargner chaque année 40.000 vies dans notre pays, comme l'affirment ses promoteurs, toutes les interrogations devraient être levées. Mais quelle est la part de la réalité et de la propagande dans cette proposition ?



EDS, RTT, même combat !

CA RESSEMBLE A DE L'ALCOOL

La campagne de sensibilisation à l'alcoolisme "Un verre ça va..." est encore dans toutes les mémoires. On sait d'ailleurs maintenant que le deuxième verre est destiné à l'eau.

Cette campagne est orchestrée depuis Paris par le Comité Français d'Education pour la Santé.

La gravité du problème est fort variable d'une région de France à l'autre. La carte de l'alcoolisme indique par exemple que le Nord est particulièrement touché. Les départements du Nord et du Pas-de-Calais détiennent d'ailleurs la première place (peu enviable) au palmarès de la morbidité et de la mortalité liées à l'alcool. Il n'est donc pas étonnant que cette région ait été candidate à une action spécifique.

Dans le but de personnaliser cette campagne, l'Association Régionale de Promotion de la Santé a réalisé une jolie série d'affiches sous le slogan "Pour garder le Nord, modérons-nous". Le thème est celui de la substitution des boissons sans alcool aux boissons alcoolisées et le look est très rafraîchissant.

Pour obtenir le matériel (affichettes, badge, autocollant) : Dr. Delerue, AREPS, 62 Bd. de Belfort, BP 605, F 59024 Lille Cedex.



LE SEL

On estime généralement que nos besoins journaliers en sel sont couverts par une dose de 3 à 5 g, et que nous consommons de 12 à 15 g, soit 3 à 4 fois plus que ce qui est indispensable.

On sait aussi que le surplus de sel n'est pas automatiquement dangereux pour tout le monde, mais qu'il est un des facteurs de risque cardio-vasculaire. Et on pense aussi qu'une diminution de la consommation de sel est un bon moyen de prévenir l'hypertension.

Le Centre de Recherche sur les Utilisations du Sel vient de publier deux brochures sur le sujet, "Ce que vous devez savoir sur le sel et le sodium dans l'alimentation" et "Sel et sport". Sans nier le fait que notre consommation de sel est à tout le moins largement suffisante, ces brochures mettent surtout l'accent sur les qualités indéniables du sel et sur l'utilité d'augmenter la consommation dans certaines circonstances (effort physique prolongé en pleine chaleur, p.ex.).

Tout cela est correct dans l'état actuel des connaissances. Mais pour-quoi se donner la peine d'informer sur ce sujet alors que manifestement il n'y a pas carence dans la population générale au contraire ?

Notre hypothèse est que le CRUS (dont le statut juridique est l'équivalent français de nos asbl) est une association créée par les producteurs de sel pour réédorer le blason un peu défraîchi du sodium. C'est évidemment leur droit le plus strict s'ils ne racontent pas d'âneries pour promouvoir leur produit.

C'est en tout cas plus intelligent que chez nous certaines publications du CETIS (Centre d'Etude et d'Information du Sucre et des Aliments Sucrés), qui participent plus de l'intoxication que de l'information objective (voir notre article "Sucre et carie dentaire : un curieux dossier", Education Santé n° 16, avril 1983).

En conclusion, même si le CRUS fait preuve d'une certaine réserve dans sa littérature, il n'en reste pas moins vrai que c'est la surconsommation de sel qui peut poser problème dans nos sociétés, et pas la sous-consommation. Autant le savoir...

CRUS, 53 rue des Mathurins, F 75008 Paris, tél. 47480239.

PUBLICITE CLANDESTINE

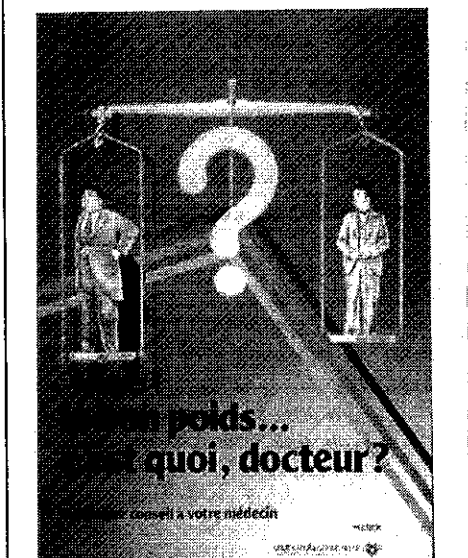
En voyant la nouvelle affiche de la Ligue Cardiologique Belge, avec Laurel et Hardy (ou plutôt Hardy et Laurel de gauche à droite), avec trois lignes de couleur, rouge, orange et jaune, on se dit qu'on a déjà vu cela quelque part. Mais où ?

Bon sang, mais c'est bien sûr. Ces trois lignes sont l'accroche graphique des paquets de poudre Trivita, destinées à aider les gens souhaitant perdre quelques kilos. Hasard, probablement. Hasard merveilleux en tout cas, puisque le produit en question affirme précisément apporter une solution au problème posé par l'affiche.

Trivita est un produit de la firme Merck. Et l'affiche est sponsorisée par la même firme. Second hasard, sans doute, plus extraordinaire encore que le premier.

Sérieusement, si la Ligue Cardiologique Belge souhaite faire de la pub pour Trivita, qu'elle y aille donc franchement !

Et puis, faut-il vraiment déranger son médecin pour lui demander ce qu'est le "bon poids" ?



MATERIEL

L'HOPITAL

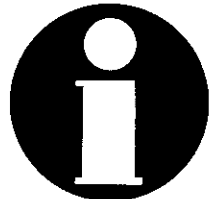
Après le juste prix chez le médecin et chez le dentiste, nous reprenons le thème de l'hospitalisation. Ici un effort supplémentaire est fourni. En effet, outre l'affichette et le dépliant précisant le montant de l'intervention journalière à charge du patient selon le type de chambre, nous avons remis à jour notre pochette d'information sur les aspects pratiques de l'hospitalisation.

En voici le sommaire :

- choix de l'hôpital,
- choix de la chambre,
- que dois-je prévoir ?
- formalités à l'entrée,
- acompte à verser,
- quand puis-je sortir ?
- la note d'hospitalisation,
- en cas de problème,
- en cas de décès,
- hospitalisation à l'étranger,
- votre mutuelle à votre service (assurance complémentaire, assurance facultative, ambulance, ...).

L'HOPITAL

choix, formalités, coût...



infor santé

alliance nationale des mutualités chrétiennes

Vous pouvez obtenir un spécimen de l'affichette et du dépliant sur simple demande. La pochette coûte 2 timbres à 13 F.

Commandes à adresser à Infor Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles, tél. 02/237.48.51.

Enfin, le contenu du dossier, assez traditionnel, reprend les définitions des drogues, les causes de la toxicomanie, son traitement, la législation sur le plan international et national, les enjeux économiques et une bibliographie.

Le CPAD a également pris part à la réalisation d'un dossier "DROGUES" d'Actual Quarto. Il s'adresse plus particulièrement aux étudiants de l'enseignement secondaire en faisant appel à leur esprit critique.

En effet, il réunit des articles sur le thème de la toxicomanie et les répartit selon des rubriques telles que le trafic et la répression, la drogue et la politique, la drogue et la société, les drogues licites et illicites, le milieu dans lequel ont grandi les toxicomanes, les causes, la prévention et les traitements.

Il est intéressant de noter que chacun des chapitres se termine par des pistes de réflexion, susceptibles de stimuler des discussions parmi les étudiants et les professeurs.

Drogues, brochure disponible à Actual Quarto, allée des Bouleaux 20, 6280 Gerpinnes. tél. 071/21.61.53.

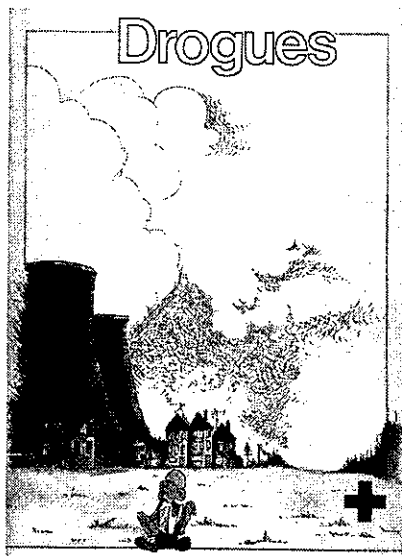
Drogues, plaquette disponible à la Croix-Rouge de Belgique, chaussée de Vleurgat 98, 1050 Bruxelles. tél. 02/538.01.95, ou au CPAD, rue des Prêtres 15, 1000 Bruxelles, tél. 02/538.35.88.

DROGUES

Deux brochures portant le même titre et consacrées au même problème de la drogue viennent de paraître. L'une s'adresse aux jeunes et l'autre aux enseignants, éducateurs et parents.

Le dossier réalisé à la demande de la Croix-Rouge a été rédigé par un groupe de travail du CPAD (Comité de Concertation sur l'Alcool et les autres Drogues).

En effet, après une enquête réalisée auprès de 300 enseignants de différentes formations et répartis dans la Communauté française, on a pu déterminer les positions de chacun face au phénomène de la "drogue". Un texte de base accompagné d'un questionnaire a été soumis à 50 enseignants de l'enseignement primaire, secondaire et supérieur.



La brochure de la Croix-Rouge : pas terrible, la couverture...

SECURITE ROUTIERE

La Ligue contre la Violence Routière a décidé de lancer en 1985 et 1986 une campagne de sensibilisation sur le thème de la sécurité de l'enfant et des jeunes sur la route et dans la rue.

Une première brochure de 24 pages consacrée à la sécurité des enfants de moins de quinze ans dresse un constat, donne certains conseils essentiels et avance des propositions.

Son titre : "L'enfant n'est pas un adulte en miniature".

Elle coûte 15 FF et peut être obtenue à l'adresse suivante : Ligue contre la Violence Routière, 5 Impasse du Bon-Secours, F 75011 Paris.

UNE REUSSITE PROMOTIONNELLE

Ces réserves faites, il faut reconnaître les mérites de l'ACC au plan de la promotion de son "produit" et de sa propre notoriété. On attend avec curiosité les résultats de la campagne quant au nombre d'EDS qui seront pratiqués dans les semaines suivant l'action, et qui feront l'objet d'un traitement statistique.

Il faut souligner l'efficacité de l'ACC, qui parvient à orchestrer cette campagne essentiellement avec l'appui du secteur privé. Selon le Dr. ZIANT, de 300 à 500 demandes d'information parvenaient quotidiennement à l'ACC au début de la campagne. Mais cela ne permet évidemment pas de prédire le succès de l'EDS proprement dit.

En tout cas, si tous les organismes soucieux de promouvoir la prévention primaire faisaient preuve du même dynamisme...

Pour y répondre, nous verrons tout d'abord en quoi le sport peut être comparé à une mode ; nous approcherons ensuite les motivations des sportifs âgés.

LE SPORT : UNE MODE ?

Les modes sont des phénomènes passagers, éphémères. Elles passent rapidement, poussées par les modes suivantes, dans un cycle de consommation de plus en plus rapide.

Le terme "mode" suggère aussi une certaine contrainte sociale : on ne fait pas vraiment ce qu'on a envie, ce qui nous semble le meilleur ; on est amené à vivre des aspects de notre vie d'une manière choisie par d'autres, en fonction d'intérêts - le plus souvent commerciaux - qui ne nous concernent pas.

Cette composante existe bien entendu dans le sport aujourd'hui. L'aspect financier en parti-

culier y est très présent : voyez comme les joueurs de foot-ball et autres sportifs sont recouverts de siges et insignes publicitaires. Le sport-compétition recouvre en effet des enjeux financiers importants. Mais le sport de tous les jours, pratiqué dans les clubs ou par les amateurs, représente lui aussi un énorme marché : ainsi on a pu estimer à plus de 650 millions de francs le montant des achats de matériel sportif des clubs belges en 1983.

La promotion du sport dans les médias n'est donc pas exempte d'arrière-pensées, et c'est dans ce contexte que nous devons situer la pratique du sport pour les personnes âgées et Sports Seniors en particulier.

LE SPORT A LA RETRAITE : CE N'EST PAS EVIDENT...

Le sport représente pour les retraités un effort plus grand que pour la moyenne de la population. Effort physique tout d'abord, car il faut un certain courage - un courage certain ! - pour se mettre, à l'âge de 60 ans, à la gymnastique, la natation ou à la pratique d'une activité physique exigeant un constant dépassement de soi. Effort psychologique également, car les aînés se heurtent ici à deux obstacles : tout d'abord très peu d'entre eux ont pratiqué régulièrement un sport durant leurs années d'activité professionnelle : c'est donc une nouvelle habitude à acquérir.

Ensuite, l'image du senior sportif n'est pas encore très courante dans notre civilisation : elle provoque plus rarement qu'auparavant le sourire amusé, mais rencontre plutôt de l'indifférence : 25 personnes qui chaque semaine se mobilisent, s'activent dans un club sportif, 200 ou 300 personnes qui consentent un déplacement parfois très long pour pratiquer un sport ensemble lors d'une olympiade ou d'une journée sportive : ce phénomène "ne déplace pas les foules", parce que ce n'est pas l'occasion de compétition, de records ou d'exploits sensationnels. Et pourtant, le véritable exploit est d'être là, fidèle au rendez-vous, malgré les petites douleurs et le mauvais temps, pour se montrer à soi-même et aux autres qu'on est toujours vaillant, capable de se déplacer, pour manifester également que l'avance en âge n'est pas le repli sur soi mais une occasion renouvelée de contacts

SPORT A LA RETRAITE

Les 167 clubs de Sports Seniors rassemblent aujourd'hui quelque 4.800 membres enthousiastes. De plus en plus de retraités pratiquent aujourd'hui une activité sportive. Peu d'entre eux pourtant avaient l'habitude de pratiquer un sport avant leur retraite. Cet attrait croissant pour le sport s'observe également dans les autres tranches d'âges de la société : jogging, aérobic et autre body building en sont les signes visibles.

Devant cet engouement, la question se pose : les retraités sportifs suivraient-ils simplement une mode ou le phénomène est-il plus profond qu'il n'y paraît ?



et d'ouverture au monde et aux autres.

POURQUOI FAIRE DU SPORT A LA RETRAITE ?

Les exigences du sport à la retraite et les freins à sa pratique régulière permettent de dire que si un nombre toujours croissant de retraités s'adonnent au sport, ce n'est pas d'abord pour sacrifier à une mode. Ils y découvrent plutôt une réponse originale à un besoin fondamental. C'est la découverte et la prise en compte de ce besoin qui constitue, bien plus qu'une vague éphémère, une véritable lame de fond. Bien plus qu'une mode, il s'agit d'un nouveau mode de vie.

Les besoins qui ont suscité le développement du sport pour les seniors sont de deux ordres. Tout d'abord, il y a la constatation que l'on vit aujourd'hui de plus en plus vieux (la moyenne d'âge est de 75 ans pour les femmes et 70 ans pour les hommes), et la découverte de cette évidence : la vieillesse n'est pas en soi une maladie ; des moyens existent pour maintenir son corps en bonne santé, pour garder sa souplesse et conserver ses capacités d'adaptation. Il ne s'agit pas bien sûr de refaire les exploits de ses 20 ans, mais - et c'est important - vivre les 20 ou 30 ans qui restent après le départ en retraite, de la meilleure manière possible, en restant capable de "profiter de la vie" avec ce qu'elle a de plus beau. La motivation "santé" est ainsi très importante chez les sportifs retraités.

Il en est une autre, que l'on découvre rapidement au contact de ces "nouveaux sportifs", c'est le besoin de retrouver d'autres personnes actives, de lier des contacts dynamiques et ouverts. La rencontre amicale est un puissant facteur de réussite et de développement des clubs sportifs de retraités. Les retraités plus jeunes se font parfois une image un peu "vieillote" des amicales de pensionnés : ils découvrent avec le sport le plaisir d'une équipe qui tout en poursuivant un but sportif, répond à leurs souhaits, et leur permet également de se retrouver dans un groupe chaleureux et accueillant.

Une enquête menée auprès des retraités actifs de la région de Grenoble faisait apparaître les résultats suivants :

- 56,5 o/o d'entre eux sont motivés en premier lieu par les possibilités de contacts, d'évasion, de détente ;

- 43,5 o/o sont motivés en premier lieu par le souci de santé et d'activités physiques.

Ces chiffres montrent que l'aspect relationnel et l'aspect santé sont extrêmement importants dans les clubs sportifs de retraités, avec une légère préférence pour l'aspect relationnel.

LES ENJEUX DU SPORT 3e AGE AUJOURD'HUI

Les aînés sont trop rapidement classés parmi les "conservateurs" opposés aux idées nouvelles : avec SPORTS SENIORS - et de nombreuses autres activités - les pensionnés manifestent au contraire un dynamisme et une ouverture tout à fait remarquables. Face à la montée de l'inquiétude quant au vieillissement de notre population, les clubs sportifs apportent un élément de réponse : le vieillissement de la société ne signifie pas sa sclérose, l'augmentation du nombre des personnes âgées n'est pas un poids mais peut devenir une richesse.

Pratiquer un sport, c'est manifester la jeunesse et l'énergie que l'on garde en soi, et montrer que l'on existe toujours comme membre actif de la société, même si l'"activité" professionnelle et rémunérée a disparu pour laisser place à la pension de retraite. La vie des clubs sportifs et de Sports Seniors en particulier, c'est une affirmation de la vitalité des aînés. Comme le déclarait le Dr. P. Gauthier, de l'Université de Sherbrooke (Canada) : "La pratique régulière de l'activité physique contient tous les ingrédients pour entretenir et améliorer l'autonomie physique des personnes âgées et maintenir ainsi leur indépendance sociale". (in "Le Courrier du Corps" septembre '85).

Pour la société, le développement de la pratique sportive montre que de plus en plus d'aînés veulent rester "branchés", membres actifs et autonomes d'une communauté humaine. Le nombre grandissant des aînés, loin d'être générateur d'angoisse, doit inciter jeunes et vieux à trouver ensemble de nouvelles formes de convivialité, de nouveaux rôles où chacun pourra se

sentir utile et reconnu. Après tout, soutenir chacun dans son désir de rester actif, n'est-ce pas rajeunir la société ?

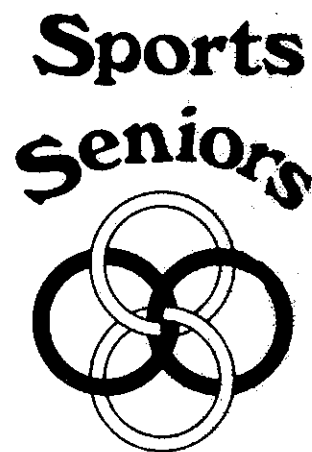
QUELLES CONCLUSIONS POUR NOTRE ACTION ?

L'attrait manifesté aujourd'hui par les aînés pour l'activité physique est bien plus qu'une mode passagère. Cela répond à des besoins dont ils prennent de plus en plus conscience, et la pratique sportive leur apporte un bien-être dont ils mesurent l'importance : elle les motive à poursuivre l'effort entrepris.

Pour l'UCP, qui fut à l'origine de SPORTS SENIORS, c'est la confirmation de l'intuition de départ, lancée par le regretté E. Van Muysenwinkel, selon laquelle les "nouveaux pensionnés" attendent des propositions dynamiques, veulent être pris au sérieux et refusent d'être considérés comme des assistés.

Pour SPORTS SENIORS, cela signifie qu'il faut poursuivre le travail entamé, offrir à de plus en plus de retraités la possibilité de se maintenir en forme, diffuser une information de qualité sur les possibilités offertes par ses clubs, mais aussi sur les bienfaits pour l'organisme d'une pratique sportive régulière.

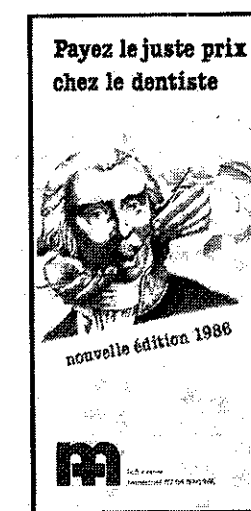
SPORTS SENIORS doit répondre aux besoins des retraités qui quittent de plus en plus jeunes le marché du travail, tout en restant attentif aux anciens, pour qu'une pratique du sport adapté leur soit plus que jamais bénéfique.



P. Dubuille,
Secrétaire de Sports Seniors -
fédération sportive de l'UCP

la mise à jour tient compte des modifications intervenues par rapport à l'an dernier, en premier lieu de la généralisation des prestations concernées à toutes les catégories de la population, adultes y compris. Un spécimen du dépliant est disponible sur simple demande à Infor Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles, tél. 02/237.48.51.

(1) O. BORSU et J.M. HUBERT, Enquête sur les attitudes et les connaissances des parents dans le domaine de l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire, 28 p., 1986, Fondation Belge pour la Santé Dentaire, groupe de travail francophone, avenue Gouverneur Bovesse 18/6, 5100 Jambes, tél. 081/30.66.62.



LES CENTRES DE SANTE INTEGRES

Comment contribuer à l'élaboration d'une politique de santé ? Sur quelles bases peut-on s'appuyer pour doter la population d'un système de santé valable ?

Nombreux sont les professionnels de la santé, médicaux et paramédicaux, qui ont tenté depuis quelques décennies d'apporter des réponses concrètes à ces questions fondamentales.

La formulation théorique du Centre de Santé intégré (GERM 1971) et son expression concrète figurent parmi les expériences originales élaborées en ce sens dans le courant des 15 dernières années.

Issus pour la plupart de l'initiative privée, les Centres de Santé Intégrés dispensent des soins de base (1er recours) de manière continue. Ils développent des soins intégrés (curatifs, préventifs, de réhabilitation) et prennent en compte les aspects de la pathologie tant du point de vue médical que social, économique, psychologique (globalité des soins).

Ces équipes, pluridisciplinaires (médecins, infirmier(e)s, kinés...) participent à un travail d'éducation à la santé favorisant une plus large prise en charge de la santé par les "patients" et les encourageant à une participation accrue à la gestion des Centres de Santé.

Au-delà d'un fil conducteur commun, chaque centre de santé organise un vécu qui lui est propre et adapte ses stratégies en conséquence.

La Fédération des Maisons Médicales et des Collectifs de Santé Francophones, constituée par une quarantaine de Centres de Santé, organise les 4 et 5 octobre prochains un colloque destiné à échanger les expériences réalisées au niveau du premier échelon.

Le titre de ces deux journées de réflexion est "Le centre de santé intégré, base d'une politique de santé ?".

LES THEMES

Le colloque sera articulé autour de carrefours abordant les réalisations et les modes d'organisation d'un Centre de Santé Intégré.

1. Globalités - Intégration des soins

a) Le curatif :

- hospitalisation et soins à domicile ;
- santé mentale : processus d'intégration au niveau du centre de santé ;
- stratégies de diagnostic - traitement ;
- dossier médical.

- b) La prévention :
- dépistage et vaccinations : quelles stratégies ?
 - prévention en santé mentale ;
 - prévention primaire, secondaire, tertiaire.
- c) Les références :
- du Centre de Santé ou du médecin généraliste aux milieux spécialisés et inversement : quelles modalités et quelles références ?

2. Equipe multidisciplinaire d'un CSI

- Composition (dénominateur commun et variantes) ;
- processus de coordination interne et externe ;
- fonctions d'accueil et de secrétariat.

3. Recherche et évaluation

- Méthodologie de la recherche opérationnelle au sein d'un CSI ;
- audit en tant qu'outil d'évaluation ;
- formation continue des membres d'un CSI ;
- informatisation des données.

4. Population à laquelle s'adresse le CSI

- Processus d'intégration du CSI au sein d'une population déterminée ;
- participation de la population aux processus de gestion et de planification d'un CSI ;
- méthodes en éducation pour la santé.

5. Financement

- Modes de financement (paiement à l'acte, forfait, ...) ;
- processus de gestion.

6. Relations du CSI avec les structures externes

- Structuration du système de santé ;
- rapport avec les instances politiques ;
- processus de subsidiarité.

Au moment où le ministre de la Communauté française a décidé de ne plus subsidier les Centres de Santé Intégrés, il est heureux qu'une telle organisation permette de faire le point de leur apport ces dernières années au sein du paysage sanitaire de notre pays.

Pour tous renseignements :
Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de Santé Francophones,
chaussée de Bruxelles 47 a, 1190
Bruxelles. Tél. 02/378.16.38.

been (Centre William Lennox, Ottignies) et Madame T. Sommacal (Clinique Notre-Dame, Waremme) et l'éducation du patient cancéreux, dont ont parlé Mademoiselle Grégoire et Monsieur le Docteur Salamon (Clinique Ste-Elisabeth, Namur).

Les textes complets des exposés ont été publiés dans un numéro spécial double du Bulletin trimestriel d'Education du Patient, disponible au CEP, 1 av. Thérèse, B-5180 Yvoir, au prix de 200 F.

UN PREMIER FEED-BACK

Les activités d'évaluation, études préalables et mesures d'effets, à travers lesquelles l'éducation sanitaire semble acquérir ses lettres de noblesse, son statut "de discipline", n'ont pas été oubliées, puisque le colloque lui-même a été l'objet d'une enquête auprès des participants : sur les 70 réponses déposées à la sortie du colloque, 58 o/o proviennent de paramédicaux, 11 o/o de travailleurs sociaux, 11 o/o d'éducateurs sanitaires et de pédagogues, et 7 o/o de médecins.

36 o/o des personnes affirment exercer des activités organisées d'éducation du patient, et 30 o/o à la demande des patients seulement. Globalement on enregistre 76 o/o de "satisfaits", pour ce qui est de l'intérêt et de la qualité des exposés et des débats, 77 o/o pour l'organisation générale, et 90 o/o pour l'aspect matériel (cadre, frais de participation, repas, ...).

Enfin, 74 o/o des réponses sont favorables à une organisation annuelle de ce genre de manifestation, et 66 o/o à la création de séminaires et workshops annuels thématiques, de 30 personnes environ. Cette dernière formule est à l'étude pour 1986, et permettra des échanges plus fructueux et une décentralisation vers d'autres institutions susceptibles d'accueillir de telles activités.

PROPOSITIONS ET PROJETS

En conclusion, le quatrième collo-

que du Centre d'Education du Patient aura été l'occasion de mettre en évidence plusieurs phénomènes importants :

1. le développement des projets et des activités d'information de la personne malade et/ou hospitalisée, correspondant à une nouvelle image des soins et de la médecine.

La promotion de l'éducation du patient passe par la multiplication de ces projets, pour autant qu'ils soient réellement utiles et efficaces, surtout si des impératifs d'économie et de rentabilité tendent à limiter l'expansion des innovations.

Parallèlement, et contradictoirement, la recherche de nouveaux modes de financement des hôpitaux, à l'instar du DRG américain ne pourront que favoriser le développement de l'éducation du patient.

2. L'augmentation nette de la demande en matière de formation à la relation éducative soignant-soigné, demande à laquelle le CEP se propose de répondre par un plus grand nombre de réunions de sensibilisation et d'échanges d'expériences tant dans les institutions de soins que de formation.

3. Le besoin accru de bases méthodologiques et théoriques à l'éducation du patient qui s'explique par l'insuccès fréquent des approches empiriques fondées sur l'intuition, la confusion fréquente entre outil éducatif et programme, ou entre les moyens et les objectifs. A ce niveau également, le CEP propose son aide pour faciliter la mise en commun des connaissances et des moyens tant matériels qu'humains par le biais des recherches auxquelles il collabore, d'une bibliothèque spécialisée accessible à tous, et par ses publications, en particulier le Bulletin trimestriel d'Education du Patient.

A. Deccache,
Centre d'Education du Patient.

QUE PENSENT LES PARENTS DE L'HYGIENE DENTAIRE DE LEURS ENFANTS ?

La Fondation Belge pour la Santé Dentaire a réalisé une étude (1) concernant la perception par les parents de la santé dentaire de leurs enfants

(6 ans - 1ère primaire). Sans prétendre avoir une valeur statistique absolue (échantillonnage non aléatoire), cette étude fournit quand même d'intéressants éléments de réflexion.

Les données proviennent de réponses écrites (questionnaires remplis)

apportées par les parents à un courrier leur demandant l'autorisation de fournir du fluor à leurs enfants pendant deux ans sous le contrôle d'un dentiste.

Les résultats (en termes de comportement favorable à la santé dentaire des enfants : n = 578) :

— boissons des repas	37,54 o/o
— en-cas de 10 h. et de 4 h.	30,62 o/o
— brossage des dents au moins une fois par jour	74,74 o/o
— dentifrice au fluor	78,03 o/o
— fluor en comprimés	23,53 o/o
— visite de contrôle chez le dentiste	38,06 o/o

Les auteurs tirent trois grandes conclusions :

- un gros effort reste à consentir sur le plan de l'hygiène alimentaire ;
- les consultations de dentistes ne se font pas assez à titre préventif : 24 o/o des enfants ne consultent qu'en cas de douleur, et près de 40 o/o des enfants ne sont encore jamais allés chez le dentiste ;
- le fluor est relativement peu répandu si ce n'est dans les dentifrices, et son emploi est mal connu du public.

Ils estiment aussi que le bon score de l'hygiène dentaire est forcé, les parents ayant eu tendance à répondre ce que les enfants devraient faire plutôt que ce qu'ils font en réalité.

LA FLUORATION

Cette recherche s'inscrit dans le cadre plus global d'une étude dont l'objectif est d'établir le rapport coût - efficacité des méthodes de fluoration semi-collectives en milieu scolaire. Près de 90 o/o des parents ayant autorisé l'expérience, on a hâte d'en connaître les résultats.

A propos de fluoration, signalons qu'un groupe de travail du Conseil Communautaire Consultatif de Prévention pour la Santé (Communauté française) s'est penché sur la question. Il a remis un avis favorable à la fluoration, mais sans préciser le mode recommandé (application par dentiste, adjonction dans l'eau de distribution, dans l'eau en bouteille, dans le sel de cuisine, ...).

UNE MISE A JOUR

Autre chose pour terminer, nous venons de rééditer notre dépliant "Payez le juste prix chez le dentiste";

SANTE MENTALE

La Commission Santé du MOC de Tournai a organisé un cycle de conférences sur la "santé mentale". L'objectif poursuivi par les organisateurs n'était pas tant de donner une information que de favoriser un regard critique sur les différentes "interventions" ou "thérapies" qui envahissent notre champ social.

Il est plus honorable, dans notre société, d'"avoir" une maladie physique que d'"avoir" une maladie mentale. Comme si dans le fait d'avoir un infarctus, une grippe ou un cancer, le sujet n'y était pour rien. C'est un malheur extérieur qui lui tombe dessus. Et comme si dans le fait d'avoir une dépression, une phobie ou des angoisses, le sujet était en cause du côté de sa valeur de personne humaine : ou c'est un faible qui ne se secoue pas, qui se laisse aller de manière coupable, ou c'est un fou, un être potentiellement dangereux.

Au cours de la première soirée, le Docteur DECAEVEL, généraliste et psychanalyste à la Maison Médicale, a essayé de dépasser les impasses de ce dualisme corps-esprit et d'articuler autrement, au coeur même de ce qui constitue un "parle-être", les divers aspects de la santé et d'y situer la santé dite mentale, objet de ce cycle de conférences.

Ce conférencier tenta également de situer la santé mentale par rapport à l'esprit de la science et de la médecine qui mesure celle-ci selon des critères objectifs définis.

Parmi les définitions de la santé citées, on peut retenir qu'une "bonne santé" dans le sens parfait du terme reste un idéal vers lequel on tend sans jamais vraiment l'atteindre.

Une bonne santé serait une capacité de vivre et de souffrir, étant ainsi le prix de l'effort que l'on consent, ou pas, pour la garder.

Quant à la maladie psycho-somatique, elle se situe à l'articulation des deux : psyché (âme) et soma (corps) imbriqués profondément l'une dans l'autre.

Les preuves objectives de la maladie restent le difficile problème face à la fonction publique de la médecine (médecine de travail, qui ne reconnaît que le symptôme médicalement diagnosticables).

Au cours de la même soirée, M. Edouard LEGRAIN déploya l'éventail des nouvelles et nombreuses techniques de thérapies de groupe, leurs phénomènes et leur expansion dans le champ social. Successivement, il cita une série de pratiques de groupes aux méthodes diverses qui se répandent de plus en plus largement, et envahissent depuis quelques temps l'ensemble des espaces sociaux.

Les psychothérapies de groupe sont, nous a-t-il dit, un phénomène récent, elles ne visent pas à soigner les maladies mentales mais au contraire à "gérer la normalité" des gens bien portants.

Ces méthodes d'inspirations diverses furent créées aux Etats-Unis pendant la seconde guerre pour répondre aux besoins des techniques industrielles, assurant la cohésion du travail en groupe dans un souci de productivité et d'efficacité. Elles servirent également à maintenir le moral des troupes au combat. En Europe, l'émergence de ces psychothérapies apparaît après la guerre ; jusqu'à ces dix dernières années, elles restèrent confinées dans le cadre d'institutions publiques (école, entreprise). Aujourd'hui, débordant celles-ci, elles envahissent tous les espaces sociaux y compris la famille.

Le conférencier souligna les dangers que pourrait représenter l'expansion de ces thérapies : "Technique et manipulation créant le besoin d'une prothèse technicienne pour l'individu et son milieu, c'est-à-dire maintien en état de dépendance face à l'expansion de ce nouveau marché".

LA PSYCHANALYSE

Vivre la vie (aimer, travailler, trouver un emploi, éduquer ses enfants, vivre ensemble, supporter la solitude) relève parfois de l'interminable pour l'individu.

Ce fardeau trop lourd à porter sera, pour le patient, la façon de gérer son mal dans la plainte qu'il adresse au psychanalyste, souffrance indéniable mais qui ne tardera pas à en dégager une autre plus obscure, plus authentique surgissant de l'inconscient. Alors de quoi s'agit-il quand on parle d'inconscient, sinon

de reconnaître qu'il existe un sens là où il semble d'abord manquer.

On affirme ainsi qu'une intention, c'est-à-dire un désir (inconscient) existe là où on ne songerait pas à le soupçonner.

De la sorte, on attribue à ce désir une fonction fondamentale animant toutes les conduites humaines, verbales, motrices, imaginaires.

En commençant la deuxième conférence, le psychanalyste, M. KRAJZMAN, réfuta d'emblée le terme "Santé mentale" qui relève d'une logique médicale qui ne convient pas à la psychanalyse. "Ou bien nous sommes tous des névrosés ou bien personne ne l'est", devait-il affirmer.

Lors de la troisième conférence, le Docteur ERGO, psychiatre, cita l'organisation mondiale de la santé (OMS) qui définit la santé mentale comme du ressort du champ médical : le remède reste ici le médicament, ce qui ne rend pas toujours facile le rôle du psychiatre qui doit répondre à une demande qui n'émane pas du malade mais bien plus d'une contrainte du corps social : "du psychiatre, on attend qu'il guérisse, on exige qu'il soulage l'angoisse et garantisse l'ordre social".

La quatrième soirée fut consacrée à la présentation de deux méthodes de psychothérapie de groupe : l'analyse transactionnelle et la thérapie familiale systémique. Madame P. JACOB expliqua que la théorie de l'analyse transactionnelle s'établit autour des états du "Moi" : le parent, l'enfant, l'adulte, structure fondamentale qui régit les états de vie de l'individu. C'est par l'interaction de ces trois instances que se déroule la thérapie ; elle se pratique en groupe ou individuellement ; son but : rendre plus d'autonomie, de créativité à la personne.

Madame E. GOLDEBETER présenta La thérapie familiale systémique comme une méthode incluant toute une famille dans sa démarche. Elle postule que la famille est un système et ses membres, les éléments en interaction les uns par rapport aux autres ; ainsi le malaise de l'un des siens nécessite que l'on opère avec l'ensemble ; devenant alors prise de conscience de chacun, elle permet à la famille de solutionner elle-même ses difficultés.

L'apport de ces quatre conférences engagea d'emblée le débat contradictoire de la cinquième et dernière

soirée sur le réalisme de l'être humain aux prises avec la souffrance, en corrélation avec les diverses thérapies qui lui furent proposées. C'est sur le crucial problème de la souffrance que fut soutenu et maintenu le débat, par un auditoire attentif, interpellant tour à tour le Sociologue, le Psychiatre, le Psychanalyste, le Psychothérapeute.

La société n'est pas armée devant le concept de la souffrance, dit le Sociologue : la souffrance fut toujours le lot humain. Par l'influence des nouvelles thérapies, la conception de la souffrance a changé : une petite angoisse est vite considérée comme insupportable. Pour une souffrance banale, on se précipite chez le thérapeute. Actuellement, on a besoin de prothèses ; les nouvelles thérapies sont dangereuses, elles appauvrissent la gamme des sentiments humains.

Les sociétés africaines ou orientales n'ont pas recours au "Psy", avant-cent des auditeurs ; elles assument leurs déviants, leur psychotiques contrairement à notre société hypercivilisée, psychologisée. A quoi Sociologue, Psychanalyste, Psychiatre rétorquent que, dans les sociétés primitives, on ne guérit pas nécessairement les psychoses mais on les admet dans le tissu social ; chez nous, les hôpitaux psychiatriques sont remplis à 80 o/o de gens qui ne devraient pas y être ; dans les sociétés africaines, ils sont soutenus, intégrés ; ils font partie du décor social. Chez nous, la société répond par une structure PSY. On ne peut comparer

deux sociétés si différentes par rapport à la maladie mentale. Il faut tenir compte du phénomène d'industrialisation aussi bien au Japon qu'en Europe et aux USA, mais quasi inexistant en Afrique.

Pourquoi traite-t-on médicalement une maladie si l'on sait qu'elle est d'origine psychologique ? Interpellé, le Psychiatre répondit que les médecins ont besoin de se rassurer eux aussi, de chercher à élucider quelque chose du côté du symptôme ; les gens eux aussi préfèrent les médicaments ; le recours aux PSY viendra en dernier lieu.

Le Sociologue termina sous forme d'appel pour tenter de mettre en place une solidarité qui permette, malgré la difficulté, d'absorber mieux la maladie mentale dans le tissu social. Il semblerait, dit-il, qu'un mouvement s'esquisse vers cela.

Ce passionnant débat mit le point final à ce cycle de cinq conférences suivies chaque fois de très nombreux participants qui manifestèrent ainsi leur intérêt pour cet aspect de la santé.

Ida Moulin, Jean-Luc Dubart,
Guy Delobel.

NB : Les personnes qui souhaitent obtenir un résumé de ces cinq conférences peuvent écrire :

— à "INFOR SANTE", rue Saint-Brice 44 à 7500 Tournai, Tél. 069/22.21.71.
— au MOC, Réduit des Dominicains 9 à 7500 Tournai. Tél. 069/22.31.01. Joindre deux timbres à 13 F.

permet de mettre en évidence les éléments explicatifs du comportement spécifique des adolescents dans ce domaine.

C'est pour combler cette lacune qu'une équipe du service de psychologie sociale de l'Université de Liège et Educa Santé à Charleroi se sont associés pour essayer de mieux comprendre les pratiques contraceptives. C'est-à-dire les comportements dont la conséquence attendue est d'empêcher la conception, liées à la présence ou absence de relations sexuelles chez les adolescentes.

186 jeunes filles fréquentant la classe de 5e dans 17 écoles secondaires (tous réseaux et tous types d'enseignement) de l'agglomération liégeoise ont été interrogées.

Le choix de la 5e année apporte une première indication quant à la présence ou non de relations sexuelles. En effet, lors du pré-test, ce sont des élèves de 4e année qui ont été interrogées ; or, celles-ci en grande majorité n'avaient encore jamais eu de rapports sexuels. En nous adressant aux classes de 5e année, nous avons rencontré 53 o/o des élèves qui ont eu des relations sexuelles. Parmi celles-ci, 41 o/o utilisent une méthode contraceptive. Nous constatons donc que 12 o/o de notre échantillon est "à risque" de grossesse non désirée.

Fait surprenant : parmi 47 o/o des adolescentes n'ayant pas de relations sexuelles, 6 o/o déclarent utiliser une méthode contraceptive.

Parmi les jeunes filles qui utilisent une méthode contraceptive, 91 o/o utilisent la pilule.

Il est à signaler aussi le décalage temporel entre le moment des premières relations sexuelles et le moment de la première prise de contraception : 54 o/o des jeunes filles qui ont des relations sexuelles et qui utilisent une méthode contraceptive ont été "à risque" dans le passé.

Pour pouvoir comprendre les raisons de ces comportements, 14 variables ont été retenues : - l'âge de l'adolescente - l'attrance pour les rapports sexuels - le support social des parents et des pairs face à la pilule - la programmation des relations sexuelles - la prise de risque face à des situations à risque de grossesse objectivement élevée - la croyance en des conséquences négatives de la prise de pilule - le contrôle perçu sur l'avenir - l'attrance pour la contraception - le support social des

TABAGISME : MORT D'UN ORGANISME DE COORDINATION

Nous vous avons déjà longuement entretenu des problèmes du Comité de Coordination Antitabac, qui a eu toutes les peines du monde à obtenir les subsides qu'on lui avait promis à la fin de la législature précédente. A la fin, le conseil d'administration a d'ailleurs été contraint de licencier le personnel, et de fermer les bureaux de la rue Traversière faute de moyens de chauffage. Infor Santé a ainsi joué les "secrétaires du coeur" pour héberger le CCAT pendant l'hiver 85-86, seul un répondeur automatique assurant une présence du Comité dans ses bureaux. C'était pas Zola, mais presque !

Devant l'ampleur des difficultés, une solution à caractère permanent devait être trouvée. C'est pourquoi le CCAT a demandé à la FARES (Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé) de l'intégrer sous la forme d'une section spécifique de lutte contre le tabagisme.

Cette solution apparaît logique dans la mesure où la FARES a récemment reçu comme mission de coordonner les actions destinées à lutter contre les habitudes tabagiques.

Dès lors, il n'est pas étonnant que les conseils d'administration des deux associations aient approuvé l'accord.

UNE STRUCTURE NOUVELLE DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME

Trois pôles d'action vont être mis en mouvement par la FARES :

1. Constitution d'une section de lutte contre le tabagisme dont le rôle serait de proposer, via le conseil d'administration de la FARES, la mise en oeuvre et la coordination au sein de la communauté française des activités de prévention, d'éducation pour la santé et de désaccoutumance en matière de tabagisme.
2. Mise en place, au sein de chaque Commission de Coordination, d'une cellule de lutte contre le tabagisme mettant en présence les représentants des associations localement actives sur le terrain, et menant des actions de lutte contre le tabagisme par les moyens les plus adéquats compte tenu des spécificités locales.

3. Mise en place d'un Comité de Liaison des organismes apportant une aide aux fumeurs (Plan de 5 jours, Centres d'Aide aux Fumeurs), dont le rôle serait l'information réciproque, ainsi que l'harmonisation et l'évaluation de leur action.

L'avantage de cette formule est qu'elle pourrait donner une efficacité et une unité plus grandes à la lutte contre le tabagisme sans nécessiter de moyens financiers plus importants que par le passé.

Et, en attendant, cet accord a permis de sauver un emploi et demi. Ce n'est déjà pas si mal par les temps qui courent.

EDUCATION DU PATIENT

Le samedi 5 octobre 1985, le Centre d'Education du Patient asbl organisait, aux Cliniques Universitaires de Mont-Godinne, son quatrième colloque, sur le thème "Stratégies et Méthodes d'Education du Patient".

17 conférenciers, 12 exposants de matériel didactique et autres activités d'éducation sanitaire, plus de 200 participants représentant 65 institutions médico-sociales ont fait de cette manifestation un succès inespéré.

UNE PROFUSION D'EXPERIENCES ET D'IDEES...

La diversité des sujets abordés, l'alternance d'exposés théoriques et pratiques, la qualité des orateurs, suisse, canadien, hollandais, français et belges ont permis d'offrir au public présent un éventail d'approches, d'idées, et d'expériences des plus enrichissantes, sous la houlette attentive de deux modérateurs, le professeur J. Prignot (Médecin direc-

teur des cliniques UCL de Mont-Godinne, Président de la FARES), et le docteur J. Bury (directeur du RESO, faculté de médecine UCL). Madame A. Lacroix (Hôpital Cantonal Universitaire de Genève); le Docteur M. Buyschaert (Cliniques UCL de Mont-Godinne), et le Docteur Ch. Ernould (CHA Bavière, Liège) ont abordé sous des angles différents l'éducation du diabétique. Le thème de l'information péri-opératoire a été traité par le professeur R. Grenier (Université de Montréal), et Madame F. Woitrin (Cliniques UCL St-Luc, Bruxelles). Madame le Docteur Bremer-Schulte (Université de Maastricht), le Docteur F. Smeets (Centre Hospitalier de Ste-Ode, Baconfooy) et Monsieur P. Van Lede (CHU Bavière, Liège) s'intéressèrent aux différents aspects de la réhabilitation et de la réadaptation. L'utilité et le fonctionnement des "Comités d'Education du Patient" dont l'idée avait été lancée en octobre 1983 par le Docteur J. Steyaert, président de séance, ont été exposés très concrètement par Madame F. St-Amand (Cliniques UC UCL, Mont-Godinne) et Monsieur M. Bairin (Hôpital de la Citadelle, Liège).



Les six années d'activités du Centre d'Education du Patient, sa collaboration avec une cinquantaine d'institutions hospitalières, et les premières conclusions des expériences menées ont été décrites par Monsieur A. Deccache. Enfin, plusieurs exposés ont abordé des points de vue et des théories touchant à l'essence même de l'éducation sanitaire et des interventions de santé : le professeur M. Mercier (Facultés Universitaires Notre-Dame de la Paix, Namur) ; les problèmes de formation du personnel infirmier par Monsieur W. Hes-

LES ADOLESCENTES, LA SEXUALITE, LA CONTRACEPTION

Depuis une quinzaine d'années (dans la foulée de mai 1968), des programmes d'éducation sexuelle et affective sont entrés dans les écoles. Bien souvent les directions et les enseignants se sentant fort "dépourvus" dans ce domaine, ont fait appel à des intervenants extérieurs tels les centres de planning, de guidance, des médecins ou infirmières... De ce côté, on rencontre une large motivation particulièrement en ce qui concerne l'information sur la contraception

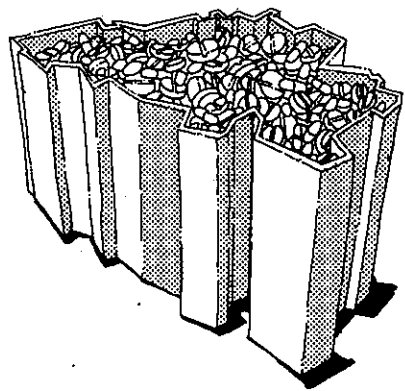
(considérée comme méthode préventive à l'avortement) et la parenté responsable (l'enfant désiré).

Au terme de 15 années d'efforts multiples, les résultats escomptés sont décevants et inquiétants, et les statistiques disponibles en la matière, assez pauvres il faut bien le dire, le confirment. Les enquêtes attestent l'accroissement des grossesses précoces, mais aussi la complexité croissante des mobiles et des circonstances qui y conduisent. Par contre, rien ne

vivent à petits revenus et qui se trouvent dans des situations sociales moins privilégiées, les chômeurs, les pensionnés. Ce n'est que dans cette mesure que l'on pourra envisager des méthodes ou des actions qui auraient pour objectif de diminuer leur consommation de médicaments. De plus en plus de voix s'élèvent en effet à ce sujet pour dire que ce n'est qu'un pis aller et que plus faible est le nombre de médicaments consommés par type de maladie, mieux la personne s'en trouve. Très particulièrement, de plus en plus nombreux sont les avis négatifs concernant la consommation des tranquillisants, des benzodiazépines. De mieux en mieux sont connus leurs effets, l'état d'accoutumance, de dépendance physique et psychique qu'ils entraînent. Alors, au lieu d'accepter ce type de consommation et avant de changer la société et de changer "la société changée", il apparaît important d'essayer de savoir pourquoi ces médicaments sont consommés. Tout cela en accord avec les médecins, les prescripteurs, donc les premiers concernés.

Dr. J.L. Pestiaux,
Promotion de la Santé UNMS

(*) Il faut entendre par là des enquêtes concernant la consommation de médicaments dans l'ensemble de la population. Récemment, deux études ont fourni des données précieuses au sujet de la consommation des personnes âgées ("Que consomment les personnes âgées pour leur santé", N. BARDIAUX et F. VAN BUGGENHOUT, Dossier M-Informations, n° 10, 1985) et des VIPO ("Intervention majorée de l'assurance maladie et consommation de soins des VIPO", RUG-UCL, 1985).



QUELQUES COMMENTAIRES

Il faut tout d'abord préciser que cette étude a porté sur un échantillon de membres bénéficiaires de la mutualité socialiste, qui n'est pas forcément représentatif de la population de notre pays. Cela incite à une certaine prudence quant à l'extrapolation des résultats, et ce d'autant plus que l'enquête offre un instantané de la consommation de médicaments à un moment donné, dont les résultats sont tributaires de la période de recueil des données (de la mi-février à la mi-mars 1985).

En ce qui concerne les résultats, les auteurs notent que les femmes de 65 ans et plus (10 o/o de l'échantillon), consomment près de 30 o/o des médicaments. Ils oublient de préciser à ce propos l'influence de la plus grande espérance de vie des femmes.

De même, ayant constaté dans leur échantillon une différence de consommation entre la Flandre et la Wallonie, ils émettent l'hypothèse selon laquelle elle serait due à une offre médicale plus grande en Wallonie et à des habitudes de prescriptions différentes selon les régions.

Cela nous semble un peu rapide dans la mesure où les populations wallonnes et flamandes dans leur ensemble n'ont pas la même structure socio-démographique, et que cette variable semble avoir une incidence importante sur la consommation.

Signalons enfin pour terminer deux données recoupant les résultats de notre enquête sur la consommation médicale des personnes âgées : 4 o/o des médicaments pris en automédication, 12 o/o des gens qui discutent avec leur médecin du prix des médicaments.

En conclusion, on ne peut que souhaiter la réalisation d'autres enquêtes du même type, mais alors relatives à toutes les catégories de toute la population de notre pays. Cela risque d'être assez passionnant.

EVALUATION : L'APES LEVE UN COIN DU VOILE

Probablement sensible à nos souhaits, le conseil d'administration de l'APES (1) vient de décider de rendre public certains rapports d'évaluation méritant "d'être diffusés plus largement".

Une formule de bon sens a été adoptée :

- standardisation des rapports dès leur dactylographie ;
- sélection par le conseil d'administration ;
- accord des parties (universités, associations bénéficiaires) ;
- couverture normalisée de l'APES ;
- reproduction en 20 exemplaires et vente au prix coûtant ;
- information aux membres.

Nous nous réjouissons de cette initiative, qui a le mérite de favoriser une meilleure circulation des connaissances, sans être pour autant contraignante pour les premiers intéressés, à savoir les organismes ayant fait appel à l'expertise de l'APES.

Nous ne manquerons pas d'informer nos lecteurs des rapports les plus intéressants qui nous parviendront.

(1) Association pour la Promotion de l'Education pour la Santé, Sart-Tilman B 23 - 4000 Liège 1, tél. 041/56.28.97.

FEDETAB N'AIME PAS L'OMS

On ne peut soupçonner Fedetab, le lobby belge du tabac, de la moindre complaisance à l'égard de ceux qui ont l'outrecuidance d'affirmer que le tabac nuit à la santé. Il n'empêche, nous avons été sidérés par la violence du ton de l'éditorial de son Bulletin 2/86, descendant en flamme le travail de l'Organisation Mondiale de la Santé dans ce domaine. Exemple de la prose de Fedetab : "N'est-il pas ahurissant de voir gaspiller tant de temps et tant d'efforts à un phénomène social que même les plus fanatiques ne devraient considérer que comme un moindre mal dans un monde qui nous apporte quotidiennement les images bouleversantes d'innombrables misères et d'innombrables folies ?".

On voudrait faire preuve d'ouverture d'esprit qu'on serait vite découragé !

parents et des pairs face aux préservatifs - l'estimation du risque de grossesse encouru dans des situations à risque objectivement élevé - la classe sociale.

LES ADOLESCENTES ET LA CONTRACEPTION

En remettant ces variables en relation les unes avec les autres, il a été possible d'établir des tableaux, sorte de photographies des adolescentes. C'est ainsi que l'on constate que :

- les adolescentes qui utilisent une contraception :
 - ont plus de 17 ans,
 - sont plus attirées par les relations sexuelles,
 - programment moins les relations sexuelles,
 - ont une morale sexuelle plus souple,
 - bénéficient d'un support social plus grand de l'entourage face à la pilule,
 - sont plus attirées par la contraception.

• les adolescentes qui n'utilisent pas de contraception sont en tous points à l'inverse des précédentes.

L'analyse s'affine lorsque l'on différencie les adolescentes qui sont ou ont été à risque de grossesse (c'est-à-dire celles qui ont ou ont eu des relations sexuelles sans pratiquer une méthode contraceptive) de celles qui ne sont pas à risque de grossesse (c'est-à-dire celles qui ont des relations sexuelles et une méthode contraceptive et celles qui n'ont pas de relations sexuelles).

- les adolescentes qui sont ou ont été à risque de grossesse :
 - sont issues d'une famille plus nombreuse,
 - ont plus de croyances en des effets négatifs du préservatif,
 - bénéficient d'un support social de l'entourage plus faible face au préservatif.
- les adolescentes qui ne sont pas à risque de grossesse sont pour ces 3 facteurs dans la situation inverse des précédentes.

Par contre, c'est parmi celles qui ont des relations sexuelles que l'on constate que celles qui ont été à risque ont une perception de pouvoir peu contrôler leur avenir et une plus grande prise de risque face à une situation à risque de grossesse objectivement élevé.

Paradoxalement, celles qui ont des relations sexuelles et qui sont à ris-

que possèdent une perception d'un plus grand contrôle sur l'avenir ainsi qu'une estimation meilleure d'un risque de grossesse objectivement élevé. Ce sont celles qui appartiennent à la classe sociale populaire.

Une première constatation s'impose. Ce sont les jeunes filles de moins de 17 ans issues d'une classe sociale populaire qui doivent être considérées comme "public-cible". Celles-ci possèdent déjà beaucoup d'informations prenant la forme de croyances vis-à-vis des effets non spécifiques des méthodes contraceptives ainsi que celles liées aux pratiques hétérosexuelles. Ces croyances sont liées aux normes véhiculées par la famille et les amis concernant l'utilisation de la contraception.

A cet égard, un des objectifs premiers de l'éducation sexuelle et affective pourrait être la modification des croyances et des normes concernant les méthodes de contraception et les pratiques sexuelles.

L'équipe de recherche prenant en compte ces croyances et ces normes comme "moyen" de transmission idéologique différencié selon les classes sociales propose une interprétation du mode de fonctionnement social quant à la gestion de la fécondité.

GESTION DE LA FECONDITE

De l'enquête, il apparaît que le comportement contraceptif des adolescentes varie selon leur appartenance à une classe sociale déterminée. Dès lors, les questions suivantes se posent au niveau des croyances et des normes.

Pourquoi les adolescentes des classes populaires et des vieilles classes moyennes (c'est-à-dire celles qui sont proches des classes populaires et qui par leur histoire sont en régression sociale) sont-elles à risque de grossesse et les adolescentes des autres classes ne le sont-elles pas ?

Pourquoi les jeunes filles des classes supérieures et de la petite bourgeoisie établie (la plus proche des classes supérieures parmi les classes moyennes) pratiquent-elles l'abstinence et celles de la petite bourgeoisie d'exécution (classe moyenne médiane appelée aussi petite bourgeoisie nouvelle) utilisent-elles la pilule ?

Pour répondre à ces questions, l'équipe de recherche a choisi l'explication sociologique et s'appuie sur les travaux de Boltanski et Bourdieu.

Il s'agit d'expliquer les raisons sociales pour lesquelles les adolescentes ont des comportements différents selon qu'elles appartiennent à une classe sociale plutôt qu'à une autre. Les moyens utilisés pour la recherche ne permettent pas d'aborder complètement cette question. Il ne s'agit donc que de fragments et d'ébauche de théorie sociologique du comportement contraceptif et sexuel.

Pourquoi les adolescentes des classes supérieures n'ont-elles pas de relations sexuelles ?

C'est dans le programme de vie de ces jeunes filles qui pratiquent l'abstinence que se trouve la réponse.

Dans cette classe sociale, on miserait moins sur les filles que sur les garçons.

Elles doivent acquérir un bon capital culturel (entre autre un certain niveau d'éducation scolaire) et surtout réaliser un beau mariage. Afin de réaliser ce beau mariage, il faut être de famille riche mais aussi de bonne réputation, c'est-à-dire de famille ayant une bonne morale.

Comment comprendre les comportements différents des jeunes filles appartenant aux classes moyennes ?

La différence des comportements est à lier à l'éclatement de la classe moyenne. On distingue la petite bourgeoisie dite d'exécution de la petite bourgeoisie établie qui est le plus proche des classes supérieures. Les adolescentes issues de cette classe sociale adoptent le comportement de la classe qui leur est directement supérieure et de cette manière se distinguent des jeunes filles de la petite bourgeoisie dite d'exécution.

Cette classe sociale se caractérise par deux mots : innovation et ascension sociale. C'est dans cette classe sociale que les adolescentes ont les taux les plus élevés de relations sexuelles et d'utilisation de la pilule. On peut dire que d'une part ces adolescentes sont porteuses de la "liberté sexuelle", et que d'autre part, elles tentent de poursuivre l'ascension sociale entamée par leurs parents en sur-investissant l'école ; relations sexuelles et pratiques contraceptives vont donc de pair dans leur projet de vie.

Il reste à examiner le comportement des adolescentes des "vieilles classes moyennes" qui sont les plus proches de celles des classes populaires, leur classe sociale connaissant une trajectoire descendante.

Pourquoi ces adolescentes ainsi que celles des classes populaires constituent-elles la population à risque de grossesse précoce ? Cette première question est directement liée à une seconde qui est : comment ces jeunes filles envisagent-elles leur avenir ?

Celui-ci se résume en deux mots : épouse et mère. Le mariage est ressenti comme la meilleure façon d'acquiescer un statut, une certaine promotion sociale. Aussi on peut comprendre que ces adolescentes aient des relations sexuelles plus tôt que les autres puisqu'elles se marient aussi plus tôt. Une grossesse éventuelle ne vient pas trop perturber leurs projets et peut même être souhaitée pour accéder plus rapidement à l'état matrimonial. C'est peut-être une des

explications à l'absence de contraception.

Une autre raison réside peut-être dans le fait que les classes populaires n'accèdent pas au savoir médical officiel tout en connaissant son existence et le reconnaissant comme le seul légitime.

Cela explique le fait que les adolescentes de ces classes n'ont pas accès aux méthodes contraceptives proposées par la médecine officielle ; de plus, le respect qu'elles ont de cette médecine leur interdit de recourir aux vieilles recettes de la médecine populaire.

M. BANTUELLE,
Educa Santé

- 75 o/o des hommes). Les hommes de moins de 29 ans, représentant 20 o/o de l'échantillon, consomment 5 o/o des médicaments, tandis que les femmes de 65 ans et plus, représentant 10 o/o de l'échantillon, consomment près de 30 o/o des médicaments.

Sans qu'a priori le mode de vie puisse l'expliquer, il a été observé des différences importantes dans les taux de consommation de médicaments en Flandre par rapport à la Wallonie : les Wallons étant nettement plus souvent consommateurs que les Flamands. A l'analyse, ces différences sont probablement à attribuer à l'offre médicale plus importante en Wallonie qu'en Flandre ainsi qu'à des différences dans les attitudes de prescription des médecins flamands, ceux-ci prescrivant habituellement moins de médicaments que les médecins wallons.

Suivant la nationalité, il n'a pas été observé de différence dans les taux de consommation si on apparie les Belges et les étrangers par classe d'âge. Mais, globalement, vu le fait qu'il y a moins d'étrangers dans les classes d'âges avancés, plus grandes consommatrices de médicaments, les consommateurs étrangers sont moins nombreux.

Sans qu'il y ait toujours possibilité de dégager des différences particulièrement significatives, il a été observé que toutes les situations de moindre privilège (solitude, diplôme de niveau primaire ou pas de diplôme, profession peu privilégiée ou chômage) amenaient une consommation plus importante de médicaments. Cela est particulièrement vrai en ce qui concerne les revenus. Il a, en effet, été observé que les ménagères qui déclaraient des revenus de moins de 34.000 F étaient nettement plus souvent consommatrices de médicaments (57,8 o/o de consommatrices) que les ménagères qui avaient des revenus plus importants (+ de 34.000 F : 42,6 o/o de consommatrices).

Et enfin, il a été remarqué que la catégorie d'assurés, qui conditionne le mode de remboursement des médicaments, n'était pas un stimulant à la consommation puisqu'il n'y avait pas de différence de consommation entre les VIPO et les assimilés aux assurés ordinaires de plus de 65 ans.

LES MEDICAMENTS CONSOMMES

En moyenne chaque consommateur consomme 3,3 médicaments. 50 o/o des consommateurs consom-

ment 1 ou 2 médicaments, 17 personnes consomment plus de 11 médicaments : le maximum de médicaments consommés était de 19 ! Or, on estime qu'à partir de la consommation de 4 médicaments différents, à prises régulières et réparties sur la journée, les problèmes d'interaction entre les différents médicaments avec effets secondaires, augmentent nettement et que, particulièrement chez les personnes âgées, les erreurs dans la prise se multiplient. Dans l'enquête, cela concernait 25 o/o des personnes interrogées !

Les premiers médicaments consommés sont les tranquillisants (consommés par plus de 13 o/o de la population échantillonnée). Aussi, on peut croire que chaque jour ou régulièrement, plus d'un million de nos concitoyens prennent des tranquillisants. Ces médicaments sont principalement utilisés par les femmes qui en consomment les 3/4. A la date de l'enquête, plus de 50 o/o des femmes de plus de 70 ans consommaient ce type de médicaments, plus du tiers de celles de plus de 50 ans. Toutefois, c'est chez les femmes de 30 à 49 ans que la part des tranquillisants, dans la consommation totale des médicaments, est la plus importante - soit 25 o/o.

Chez les hommes, il n'a pu être dégagé aucune caractéristique permettant de cerner un groupe particulièrement vulnérable à ce type de consommation. Par contre, chez les femmes, il est apparu que les femmes

solitaires, ne travaillant pas à l'extérieur, ayant de petits revenus, étaient nettement plus souvent consommatrices que les autres. Tout cela trouve son explication dans un ensemble de phénomènes mis en évidence par des analyses psychologiques et sociologiques. La femme est plus exposée que l'homme, a une éducation inférieure, des revenus faibles, une occupation non satisfaisante, des loisirs peu gratifiants, tous facteurs favorisant la dépression.

Celles qui restent à la maison et encore plus celles qui vivent de petits revenus, éprouvent plus fréquemment que la femme active, que l'homme, un sentiment d'inutilité, voire d'impuissance à changer la situation dans laquelle elles vivent. Or, dans notre société, les conseillers traditionnels ont disparu. L'habituel recours aux difficultés psychologiques est donc le médecin qui adapte bien souvent son diagnostic et son traitement au type de patient ren-

contré - homme - femme - classe socio-culturelle. Il a ainsi été remarqué qu'en face de symptômes identiques, le médecin faisait plus souvent le diagnostic de dépression chez la femme que chez l'homme et qu'il référerait plus facilement au psychiatre ou au psychologue les personnes de classe socio-culturelle privilégiée (quand celles-ci ne consultent pas directement ce type de thérapeute). Tout cela est bien sûr facteur de sur ou de sous-consommation de tranquillisants.

LE PRIX DES MEDICAMENTS

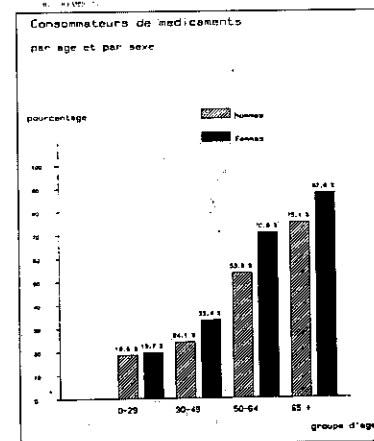
On trouvera, dans le tableau ci-après, les moyennes des prix pleins et des prix payés en ce qui concerne tous les traitements répertoriés par l'enquête. Il faut toutefois signaler que le prix "aigu" correspondait au prix du conditionnement du médicament. Le prix "chronique" était rapporté à 30 jours du traitement d'après la formule suivante : nombre d'unités du médicament à prendre par jour x 30 jours x le prix du conditionnement divisé par le nombre d'unités du conditionnement. C'est pourquoi ces prix n'ont que peu de signification en soi et n'ont leur intérêt que s'ils peuvent être rapportés à des prix trouvés dans des enquêtes ultérieures. Il faut toutefois signaler que le prix moyen du conditionnement de médicaments (prix aigu), trouvé dans l'enquête, est supérieur de 12 o/o au prix moyen des médicaments rapporté par le Ministère des Affaires économiques pour 1984 (232.- F).

Finalement, cette étude aura apporté des réponses essentielles en ce qui concerne la sociologie du médicament. Elle s'ouvre toutefois sur de nombreuses questions qui peuvent orienter de prochaines études plus élaborées. Il apparaît en effet important d'étudier plus profondément

		Moyenne du prix plein	Moyenne prix payé	Part du consommateur
Traitement aigu	assuré ordinaire	262 F pour 368 médicaments	148 F	56 o/o
	VIPO	270 F pour 99 médicaments	105 F	39 o/o
Traitement chronique	assuré ordinaire	418 F pour 1515 médicaments	197 F	47 o/o
	VIPO	381 F pour 1094 médicaments	158 F	41 o/o

LA CONSOMMATION DES MEDICAMENTS

On ne connaît pas en Belgique d'enquête concernant la consommation des médicaments (*). Et s'il est largement accepté que nous consommons trop de médicaments, cela n'a jamais été chiffré de façon précise. C'est avec cet objectif de base qu'entre février et mars 1985, la Mutualité Socialiste a organisé une grande enquête parmi ses affiliés. Cette enquête a été réalisée en respectant au mieux les critères habituels d'échantillonnage des personnes interrogées, de dépouillement et d'analyse des résultats. On peut donc considérer qu'elle est fiable et constitue une base de référence pour des discussions futures concernant la consommation de médicaments.



consommatrices de médicaments que les hommes. Ce phénomène est bien connu et n'a que peu d'explications sinon que leur taux de recours au médecin est plus élevé avec une incidence importante de plainte en rapport avec le "mal-être" qui se traduit bien souvent, comme on le verra plus loin, par une consommation importante de tranquillisants.

En fonction de l'âge, on observe un doublement de consommation après l'âge de 50 ans et très logiquement, c'est dans le groupe d'âge 65 ans et plus que l'on trouve le plus de consommateurs (88 o/o des femmes

ment la consommation des femmes, la consommation des ménagères, la consommation des personnes qui

L'ECHANTILLON DES PERSONNES INTERROGÉES

L'échantillon des 3.000 personnes interrogées a été tiré au hasard parmi l'effectif de la Mutualité Socialiste (2,7 millions d'affiliés). Les critères de sélection étaient l'âge, le sexe et la région en ce sens que lors du tri, on a respecté la proportion entre les différentes catégories d'âge, de sexe et d'appartenance régionale à l'intérieur de la Mutualité. L'échantillon est donc représentatif de notre population mutualiste et non de la population belge, quoi qu'il s'en rapproche par de nombreuses caractéristiques.

Par rapport à cette population, il respecte la proportion d'hommes et de femmes. Il compte ± 2 o/o d'enfants en moins et 2 o/o de personnes de plus de 60 ans en plus. La répartition par nationalité, situation familiale et diplôme est représentative de la population belge.

En ce qui concerne la catégorie d'assurés, l'échantillon compte 15,1 o/o de VIPO, ce qui correspond à la représentation des VIPO dans la population générale qui est de 15,6 o/o.

Ces 3.000 personnes ont été interrogées entre le 16 février et le 15 mars 1985 par l'ensemble des assistantes sociales faisant partie de la Mutualité Socialiste (300).