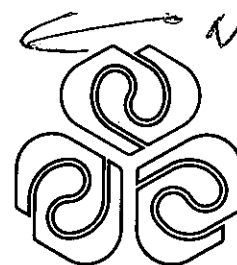


# éducation-santé



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

alliance nationale des mutualités chrétiennes  
rue de la loi 121 - 1040 bruxelles - tél. 735.80.80 (244)

JUIN 1979, n° 3

	<u>Page</u>
EDITORIAL	2
REFLEXIONS SUR L'EDUCATION A LA SANTE	3
L'affichage, instrument de sensibilisation La vidéo, un moyen didactique- Une réalisation concrète : "L'hôpital, parlons-en" L'éducation du patient en milieu hospitalier Un nouveau concept : le "self-care"	
INITIATIVES ET REALISATIONS	13
Merckx et la R6 Comment le public perçoit-il les examens de dépistage du cancer ? Dépistage du cancer et information (suite)	
MATERIEL DIDACTIQUE ET D'INFORMATION : UNE SELECTION	18
Arrêter de fumer Dias sur l'alimentation Une expo cancer	
LU POUR VOUS	20
RENCONTRES	26
NOUVELLES ACQUISITIONS	31

● Document nr :  
● Informatiecentrum Gezondheidsopvoeding  
Centre d'Information pour l'éducation à la santé  
Wetstraat 121 - rue de la Loi  
1040 Brussel - 1040 Bruxelles - Tel.02/735.80.80

Inzage ter plaatse - Niet meenemen a.u.b.  
A consulter sur place - Merci.

*What you don't know has power over you.  
Knowing it brings it under control, and makes it subject to your choice.  
Ignorance makes real choice impossible.*

(MASLOW)

## EDITORIAL

Sans doute l'annonce dans la presse de la création d'un Comité National belge de Coordination en Education Sanitaire, le 9 avril dernier, est-elle passée inaperçue. Voici quelques éclaircissements et commentaires à ce sujet.

Le terme comité de coordination pourrait induire en erreur, et faire supposer qu'il existe maintenant un organe national de coordination des réalisations en éducation à la santé. En fait, le but du Comité National belge de Coordination en Education Sanitaire est plus limité, à savoir la représentation de la Belgique auprès de l'Union Internationale d'Education pour la Santé.

L'Union Internationale est une institution indépendante dont le but est de promouvoir l'éducation à la santé dans différents pays. Pour ce faire, l'Union Internationale organise des conférences, publie une revue trilingue (Français, Anglais, Allemand), établit des relations avec les instances officielles et non-officielles se préoccupant d'éducation à la santé. L'Union stimule aussi les recherches et la formation professionnelle en éducation à la santé par l'intermédiaire de groupes d'étude de spécialistes de plusieurs pays. L'Union Internationale existe depuis 1969.

Il est possible de faire partie de l'Union Internationale à titre individuel, en tant que groupe, institution ou pays. Bien que plusieurs personnes et instances belges fassent déjà partie de l'Union Internationale, la Belgique n'était pas encore représentée à l'Union par manque d'un Comité National. Le Comité de coordination comble cette lacune. La fonction de représentation nationale sera effective à partir de la 10e Conférence Internationale sur l'Education pour la Santé à Londres (du 2 au 7 septembre).

La représentation de la Belgique au niveau international sera-t-elle la seule fonction du Comité National de Coordination ?

Le fait qu'un organe nationale existe pour représenter la Belgique au niveau international peut avoir un effet stimulant sur ceux qui s'occupent d'éducation à la santé, entre autres par l'échange d'information sur les projets et initiatives. Pour remplir ce rôle, le Comité National de Coordination devra faire plus qu'assister à des conférences internationales. Il va devoir créer un lieu de rencontre pour ceux qui s'intéressent à l'éducation à la santé. Cela, non pour coordonner les actions (comme le comité de coordination anti-tabac), mais bien pour permettre à ceux qui travaillent sur le même terrain de faire connaissance, d'échanger des données et de comparer des résultats.

La rencontre régulière de personnes travaillant sur un même terrain est une étape importante dans le développement de ce terrain d'action. Ainsi, on arrive à former un groupe s'identifiant avec son terrain d'action et qui, à terme, peut faire pression pour atteindre les conditions élémentaires pour que ce terrain se développe. Quelques conditions : une structure d'organisation, un cadre spécialisé, des possibilités de formation, et une base financière.

Nous profitons de cette tribune pour faire la suggestion suivante : que le comité de coordination développe un forum où divers personnes pourraient se rencontrer régulièrement.

Pour de plus amples informations, vous pouvez vous adresser au Secrétariat du Comité National belge de Coordination, Quartier de l'Esplanade, Montagne de l'Oratoire 20, 1000 BRUXELLES.

(L.V.P.)

## REFLEXIONS SUR L'EDUCATION A LA SANTE

### L'affichage, instrument de sensibilisation

On s'accorde pour estimer qu'il y a plusieurs phases à respecter dans le processus d'information du public sur des sujets de santé : avant de présenter des éléments d'information précis et complets, il est utile d'attirer l'attention des gens sur le problème qu'on veut aborder. Si le public est au courant, il sera mieux disposé à assimiler les données nécessaires, voire à modifier certains comportements.

Donc, pour commencer, sensibilisons. Mais comment ?

L'affichage est un bon moyen d'obtenir ce résultat. La "décoration" publicitaire des murs de nos cités à coups de gros billets en est la preuve vivante.

Des études ont montré qu'en publicité, l'affichage grand format est un des meilleurs moyens de toucher les gens. On a déterminé que le rendement de l'affichage (1) était supérieur à celui de la presse hebdomadaire ou quotidienne et à celui de la radio ou de la télévision. Cela vaut surtout pour l'affichage à l'extérieur, mais on peut dire aussi plus ou moins la même chose de l'affichage à l'intérieur.

### Ce qu'il faut savoir pour faire des affichages

a. Un objectif précis.

Tout d'abord, il faut avoir une idée claire de ce qu'on veut faire, du public que l'on vise, des thèmes sur lesquels on veut attirer son attention, de l'endroit et du moment le plus approprié pour le faire.

b. Où.

Il est nécessaire de choisir un endroit où il y a du passage. Cela semble évident, mais il faut le dire.

c. Le support.

On peut utiliser des panneaux à suspendre en vente dans le commerce, ou en fabriquer soi-même (avec par exemple un fond en aggloméré dans lequel il est facile d'enfoncer des punaises). On peut plus simplement se réserver une place sur un mur, qu'on délimitera avec un papier collant de couleur.

Les dimensions du panneau sont fonction des dimensions du local où on le place et notamment du recul possible vis-à-vis du panneau.

Il ne sert à rien d'avoir un panneau de 2 m<sup>2</sup> (c'est grand en intérieur !) si pour le regarder on n'a qu'1,50 m de recul.

d. Durée de l'exposition.

Une condition sine qua non pour faire un affichage intéressant est d'avoir un roulement dans les thèmes abordés. C'est souvent une erreur de laisser la même affiche pendant des mois. Si c'est toujours à peu près le même public qui est soumis au stimulus de l'affichage, après quelques semaines il y aura saturation, et les gens ne remarqueront plus du tout l'affiche. Il faut donc respecter une juste mesure. Il est bon que le passant ait plusieurs contacts avec l'affiche, mais pas trop, sinon on risque une perte de sens.

L'espace de temps utilisé en publicité est d'habitude de 8 à 15 jours par sujet.

---

(1) Calculé sur base du rapport entre le coût de l'opération et nombre de personnes touchées.

e. Présentation.

Un grand principe c'est de ne présenter qu'une idée à la fois. On a plus de chance de faire pénétrer un argument que plusieurs. De même, si on dispose de plusieurs endroits d'affichage, il semble préférable de n'employer qu'une illustration du thème choisi. Des études indiquent en effet qu'un thème développé de plusieurs manières par un même medium est moins bien perçu qu'un thème à l'illustration répétée.

Pour qu'on remarque l'argument, il faut qu'il y ait dans l'illustration un élément attractif : cela sera de préférence une image en couleur, très contrastée (le flou artistique est très bien pour créer une ambiance romantique, mais pas pour capter le regard), avec un slogan tenant un peu de mots.

f. Ressources.

Le plus simple est d'employer des affiches existantes. Elles sont nombreuses (notamment sur le tabac), et souvent bien faites. A l'opposé, on peut tout faire soi-même, avec du papier, des crayons, des pointes feutres, des images, et du temps... Entre les deux extrêmes, on peut utiliser des affiches existantes en ajoutant des éléments attractifs ou d'information (slogan en grosses lettres, fond de couleur vive, gadget quelconque, etc...).

En résumé, une affiche est valable si elle est claire, concise, simple et rapide à percevoir. Le reste est une affaire de réflexion et de créativité.

Une expérience concrète : l'affichage-santé

Le Centre d'Information pour l'Education à la Santé propose depuis quelques mois un affichage sur des thèmes de santé dans le couloirs de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, une entreprise employant environ 400 personnes.

a. But.

L'objectif principal de cette action est de mettre le doigt sur des faits, des comportements, des habitudes de vie à conseiller ou posant problème. Il ne s'agit pas tellement d'informer, mais plutôt d'attirer l'attention sans chercher à imposer des schémas comportementaux, à interdire des types de produits, etc...

b. Audience.

Le public visé est essentiellement le personnel de l'A.N.M.C., soit environ 400 personnes. De plus, le personnel des organisations chrétiennes situées dans le même bâtiment et les visiteurs peuvent être également touchés.

c. Localisation.

Dans un premier temps, six panneaux d'1m2 environ ont été placés à des endroits de passage obligé, à savoir près des différentes "pointeuses" où le personnel doit enregistrer sa présence deux fois par jour.

Comme chaque affichage reste en moyenne 15 jours, cela fait un potentiel de 10 contacts minimum par thème abordé.

Une action avec feed-back sur "Eddy MERCKX et la publicité pour cigarette" (voir l'article dans ce numéro) a permis de juger l'importance de la localisation de chaque panneau. Il apparaît que si une "pointeuse" est localisée à un endroit de passage pour les visiteurs et pour le personnel pendant les heures de service, le rendement est nettement meilleur, jusqu'à six fois celui de la moins bonne localisation (là où des membres du personnel ne passent qu'avant et après le travail).

d. Thèmes.

L'affichage tourne toujours autour de la santé, prise au sens large, alcool, tabac, alimentation, usage des médicaments, sport, hygiène, environnement ....

Au début de l'année, un plan d'affichage a été établi, de façon à ce que les thèmes soient abordés au moment de l'année le plus judicieux, quand les gens se sentent concernés. Par exemple, le couple alcool-conduite auto sera présenté un peu avant les fêtes de fin d'année, les risques liés aux vacances au mois de juin, etc...

e. Réalisation.

Pour réaliser des affichages, on a utilisé des affiches existantes et aussi des créations originales. Voici un exemple en image, la journée sans tabac du 25 avril. L'effet de l'affiche imprimée à cette occasion a été renforcé par les autocollants et la décoration des panneaux avec des fleurs véritables.



f. Evaluation.

Il est intéressant d'évaluer un affichage, car cela permet de vérifier si les idées qu'on avait à son sujet au départ se vérifient dans la réalité. D'autre part, l'évaluation permet de recueillir des informations sur l'opinion du public quant à l'affichage (son contenu et sa forme). Enfin, l'évaluation permet de déterminer l'impact des messages sur le public. Si on a une base de comparaison, on peut observer si l'information du public a été améliorée grâce à l'affichage.

A la fin du mois de mai, un questionnaire d'évaluation a été envoyé à l'ensemble du personnel. Le but principal de ce questionnaire était de vérifier si oui ou non les affiches avaient été remarquées et si les gens étaient sensibles à une initiative comme l'affichage-santé. Une prochaine évaluation portera sur l'impact des messages.

Nous avons reçu 130 réponses sur 400 questionnaires, soit un taux de réponse de l'ordre de 32,5 %.

Voici d'abord quelques-unes des questions posées : avez-vous remarqué les affiches ? A quoi servent ces affiches à votre avis ? Quelles affiches vous ont le plus frappé ? Quels autres thèmes trouvez-vous intéressants ? Quelles affiches préférez-vous (en couleur, en noir et blanc, image, image et texte, texte seul, photo, dessin) ?

Quelques chiffres maintenant.

Tout le monde a remarqué les affiches, toutes (84 %) ou certaines (16 %). L'initiative est jugée très bonne ou bonne par 80 % des gens, moyenne par 19 %, mauvaise par 1 %. Les sans opinion représentent 5 % des personnes.

Le but de l'affichage semble d'abord d'attirer l'attention sur des modes de vies sains ou malsains (80 % du public) ; ensuite de changer le mode de vie (27 %), d'attirer l'attention sur le Centre d'Information pour l'Education à la Santé (19 %), de rendre les locaux de l'entreprise plus gais (5 %).

C'est d'abord l'affichage sur le tabac qui a frappé les gens (48 % du public). Ce n'est pas étonnant si on juge l'impact de notre action "MERCKX et la R6" (voir article dans ce numéro). Ajoutons que les "sans réponse" sont de 28 %, et que le thème classé deuxième, le stress, est loin derrière le premier (10 %). Et encore, ce score s'explique par le fait que le thème du stress était à l'affiche au moment du sondage d'opinion. Autres thèmes : dents (10 %), milieu (9 %), sport (5 %), alcool (3 %), coeur (1 %). 5 % des gens ont spécifié n'avoir été frappé par aucune affiche en particulier.

Parmi les autres thèmes proposés, l'homéopathie vient en tête (33 %), ensuite la contraception (27 %), la drogue (23 %), l'acupuncture et les maladies d'enfants (21 %), les autres maladies (18 %). De nombreux autres thèmes ont été proposés par les gens, qu'ils aient déjà fait l'objet d'un affichage ou non. Retenons le stress, le tabac, l'alimentation, l'environnement, le cancer, le bruit.

Quant à l'affiche-type, elle comprendrait image et texte (64 % des gens), elle serait en couleur (43 %), et l'image serait une photo (29 %) plutôt qu'un dessin (18 %).

L'image seule (14 %), le texte seul (8 %), et le noir et blanc (8 %) semblent moins appréciés.

### Conclusion

L'affiche est un bon moyen de sensibilisation, nous l'avons déjà dit. Ce moyen exige un certain investissement en temps, surtout si une part de création personnelle intervient dans le travail.

Il n'est pas toujours facile de trouver un bon message, correct, simple, compréhensible, ainsi que la meilleure façon de la visualiser de manière percutante.

Enfin, il ne faut pas oublier le stade de l'évaluation, indispensable pour vérifier si le message "passe" bien.

(C.D.B. & L.V.P.)

La vidéo, un moyen didactique

Une réalisation concrète : l'hôpital, parlons-en"  
-----

Nous vous annonçons la fois passée l'existence d'un montage vidéo consacré à l'hôpital (1). Voici quelques précisions à ce sujet.

Comment est née l'idée du montage ?

Un groupe de mutuellistes de la Fédération de Tournai avait réalisé une brochure consacrée aux dimensions matérielles de l'hospitalisation. (Quel hôpital choisir ? Quels effets et documents emporter ? Quel type de chambre choisir ? Que coûteraient chambre, médicaments, honoraires médicaux ?).

Cette brochure était un bon moyen d'information individuelle. Elle convenait moins pour animer des groupes. Pour toucher ces groupes, la vidéo a semblé un moyen plus approprié. Par ailleurs, cette technique, assez neuve, permettait de souder le groupe de travail, et le matériel de prise de vue et de montage était disponible.

L'élaboration du scénario

Comme la réflexion du groupe de travail était partie du vécu de ses membres, le recours à une histoire est apparu très vite comme une bonne approche de la question. Il a semblé préférable de faire une fiction plutôt qu'un reportage dans la mesure où la fiction, bien que réaliste, est inventée, et permet de multiplier les situations significatives. Autrement dit, l'avantage psychologique (identification du spectateur) propre à ce type de démarche se double d'un caractère exemplaire.

Au début, le groupe a arrêté un canevas reprenant les thèmes à développer (pré-hospitalisation, hospitalisation, post-hospitalisation).

Ensuite, trois membres du groupe, plus qualifiés que les autres, ont élaboré un synopsis plus étoffé, en tenant compte du public visé, et des moyens utilisables. Le groupe a discuté le synopsis, et enfin les trois personnes ont développé le scénario définitif après un débat général.

Dans ce scénario, on présente le problème d'une mère de famille confrontée à une opération qu'il n'est pas possible de différer. Les données matérielles tournant autour de la décision, de l'accueil à l'hôpital, d'avant et après l'opération, de la sortie, de la post-hospitalisation, sont présentées dans de courtes séquences où des amateurs jouent la situation.

Le dialogue a une grande importance.

Notons que pour les éléments médicaux, au sujet desquels les membres du groupe manquaient d'information, il a été fait appel aux conseils d'un médecin.

Le scénario achevé comportait un dialogue fixe. Cependant, les comédiens ne devaient pas dire ce dialogue; ils avaient le loisir d'improviser, tout en respectant le message à faire passer.

---

(1) "La Fiction, une manière d'intéresser les gens", "Education Santé" n° 2, avril 1979. page 9.

### La réalisation proprement dite

A ce niveau apparurent pas mal de petits problèmes qui firent de la réalisation un apprentissage à la patience.

- Comme le matériel était prêté gracieusement, il n'était pas toujours disponible.
- Comme les acteurs étaient amateurs, et de plus travaillaient pendant la journée, il ne fut pas facile de les réunir tous en même temps.
- Pour le tournage dans un hôpital, lieu public, on dépendait du bon vouloir des personnes et de la disponibilité des lieux.

Le matériel utilisé était une caméra portable avec micro synchrone (le son et l'image sont enregistrés en même temps), et deux spots pour l'éclairage.

Le tournage a représenté environ quinze heures de travail, pour un film d'un peu moins d'une demi-heure. Les passages dans l'hôpital, qui occupent environ 15 minutes du montage, ont été tournés en 2 x 5 heures, et il a fallu recommencer certaines scènes jusqu'à 4 fois. Par contre, les scènes à la maison (avant et après l'hôpital) ont été tournées en cinq heures. Elles représentent environ 10 min. de projection. Ces séquences ont été tournées sous deux angles, de façon à avoir une certaine variété au montage.

L'achèvement du travail a consisté à monter la bande et à mixer le son. Le matériel filmé utilisable faisant environ 30 minutes, il n'a pas été nécessaire de sacrifier des séquences. Au mixage, on a mélangé le son enregistré en même temps que l'image avec de la musique et un commentaire en voix off (dit en studio).

### L'utilisation du montage

Le montage "L'hôpital, parlons-en" est le résultat d'un travail de six mois (le plus complexe a été d'élaborer le scénario en groupe).

Depuis qu'il est terminé, le montage a fait l'objet d'une quarantaine de projections en un an ; il sert de stimulant à des discussions de groupe sur l'hôpital. Il est toujours accompagné d'un animateur, et la projection est suivie d'un débat. Ces réunions ont permis d'évaluer les qualités et défauts du montage.

### Un bilan général

Au détriment de la vidéo, on notera qu'elle nécessite un matériel de projection assez lourd (magnétoscope et poste TV) et une compétence technique minimum de l'animateur (pour sélectionner le canal TV sur lequel doit passer le montage).

Ce type de communication s'adresse à des petits groupes (15-20 personnes maximum) ; il est plus délicat à utiliser avec des groupes de plus de 20 personnes. Enfin, une émission vidéo est difficile à réactualiser si cela s'avère nécessaire. Bref, la vidéo n'est pas encore d'un emploi très facile, et aussi souple que certains le prétendent.

Au crédit de la vidéo, c'est un médium qui fascine les gens, tant les amateurs qui l'utilisent que le public (attiré de la technique, de la nouveauté, du mixte image-son).

D'autre part, le recours à un tel moyen a tendance à donner une crédibilité certaine à l'animateur, supérieure à celle qu'il aurait en animant sans support audio-visuel.

Un dernier point, le budget. Il n'est pas possible de dire au vu de l'expérience de Tournai combien coûte un pareil montage parce que tout le matériel a été emprunté gratuitement et la plus grande partie des collaborateurs étaient des bénévoles. De toute façon, il est bon de noter qu'il existe des possibilités de subsidiation auprès des ministères concernés.

Pour tous renseignements supplémentaires, adressez-vous à la Royale Fédération des Sociétés de Secours Mutuels et de Retraite, Jacques THIELEN, Service Education à la Santé, rue Saint-Brice 44, 7500 TOURNAI.



## L'éducation du patient en milieu hospitalier

Depuis quelques années, on observe de plus en plus d'intérêt pour l'éducation à la santé appliquée dans les secteurs préventif et curatif (1). Il y a plusieurs initiatives notables en ce domaine : le deuxième congrès international en éducation du patient vient de se tenir à LA HAYE (voir compte-rendu dans ce numéro) ; des revues et des livres nouveaux sur le sujet viennent de paraître ; plusieurs institutions hospitalières possèdent maintenant une brochure d'accueil ; les groupes de "self-care" et les conseils de patients se multiplient ; aux Etats-Unis, la loi oblige depuis 1977 les services préventifs à inclure l'éducation à la santé dans les services rendus aux consultants ; de grandes compagnies d'assurance (BLUE CROSS) ont l'intention de rembourser les activités en éducation à la santé en tant que prestation spécifique de l'hôpital ; la maison d'édition "Excerpta Medica" produit à grande échelle des écrits et des moyens audio-visuels destinés aux salles d'attente des médecins et aux patients hospitalisés, etc...

Des choses se passent donc de tous les côtés. Toutes ces activités cherchent à donner une forme concrète à la nécessité d'accorder au patient un rôle plus actif dans le processus de soins.

Deux éléments jouent en faveur de l'éducation du patient.

Primo, on est mieux informé que dans le passé au sujet de la condition et des réactions du patient pendant son séjour à l'hôpital. Cela grâce à des enquêtes effectuées dans les hôpitaux avec le patient comme sujet d'étude. Par exemple, on sait maintenant que les hôpitaux ont leur "subculture" avec ses propres normes : le patient doit souffrir pour guérir, il ne doit pas discuter les conseils qu'on lui prodigue, il ne peut plus penser à son travail et à sa famille, ... Des lacunes sont aussi apparues en pleine lumière concernant la qualité et la quantité d'information du patient sur sa maladie et son traitement.

Certains sous-estiment le niveau de connaissance du patient, d'autres le surestiment. Le résultat est de toute façon un patient insuffisamment informé.

Secundo, il existe maintenant une conscience plus grande des droits de chacun en tant que consommateur de soins à l'hôpital. Des indices de cette conscience nouvelle : les chartes des droits des patients en milieu hospitalier, publiées dans plusieurs pays ; l'emploi de moyens juridiques pour défendre les intérêts du patient, par le patient lui-même ou par un groupe le représentant.

Il ne faut cependant pas se faire d'illusions. Les efforts accomplis pour améliorer la situation du patient dans l'hôpital, souvent appelés "humanisation de l'hôpital", restent secondaires par rapport à d'autres activités hospitalières.

### Une distinction

On distingue trois sortes d'activités dans le cadre de l'humanisation : l'éducation du patient, la guidance, la défense des intérêts du patient. Ces activités sont différentes quant à leurs objectifs et à la stratégie qu'elles déploient.

Nous n'insisterons pas ici sur la guidance et la défense des intérêts sauf pour préciser ce qu'il en est et qui en a la charge.

---

(1) Le terme qualifiant l'application de principes et de méthodes d'éducation à la santé dans le secteur des soins est "l'éducation du patient". Cette notion implique l'information du patient, les instructions données au patient et l'éducation du patient au sens strict. Il ne faut pas confondre l'éducation du patient avec la guidance.

La guidance concerne l'aide apportée au patient pour soulager les épreuves sociales et psychologiques liées à la maladie et au traitement. C'est la tâche du service social de l'hôpital. Il est nécessaire de planifier et de coordonner ce type d'activités.

Le secteur juridique est au centre de la défense des intérêts du patient. Ces deux composantes de l'humanisation de l'hôpital se distinguent de l'éducation du patient.

### Qu'est-ce que l'éducation du patient ?

L'éducation du patient a trait au problème de communication. L'information et l'apprentissage entre le patient et sa maladie d'une part, et le milieu dans lequel il vit d'autre part. Cela signifie qu'il y a deux aspects essentiels au niveau de l'éducation du patient :

- 1° Que sait le patient de sa maladie, de ses causes et de son traitement ? Quelle est son attitude vis-à-vis du processus de guérison ? Possède-t-il la compétence pratique pour modifier ses habitudes de vie ?
- 2° Le patient peut-il participer à son traitement en connaissance de cause ? A-t-il les informations nécessaires sur son lieu de séjour, les personnes qui le soignent et les procédures et techniques qui sont utilisées ?

Ces aspects sont importants pour plusieurs raisons. D'abord, on a prouvé qu'un patient bien informé pouvait mieux s'occuper de son traitement après l'hospitalisation, sous forme d'emploi des médicaments, d'injections, de modifications d'habitudes alimentaires, d'exercice physique. Donc, la qualité des soins dépend du niveau d'information, de l'attitude et des compétences du patient (1).

Un second aspect de l'éducation du patient est l'épargne qu'elle entraîne au niveau du coût des soins de santé. Par exemple, une information pré- et post-opératoire diminue la durée du séjour à l'hôpital et l'importance de l'anesthésie. On observe aussi moins de ré-hospitalisations chez les patients qui ont reçu une information lors de leur séjour à l'hôpital.

Un dernier aspect, d'ordre plutôt moral ou philosophique, et qui est repris sur toutes les chartes des droits des patients hospitalisés, c'est que le patient a le droit de savoir ce qui arrive à son corps.

### Que fait-on ?

Quelles initiatives déploient les hôpitaux sur le plan de l'éducation du patient, en ce qui concerne l'information sur la maladie et le contexte des soins ? Plusieurs hôpitaux disposent de brochures d'accueil. Parfois, on emploie des méthodes audio-visuelles pour donner des instructions aux patients sur divers aspects de la maladie et du traitement. Parfois, il existe des cours pour patients dans lesquels on parle par exemple de diététique, ou comment vivre après une amputation du sein. Il existe des livres intéressants sur la prise en charge des enfants dans l'hôpital. La grande inconnue en éducation du patient, c'est la communication entre médecins, personnel infirmier et patient.

Quelle est la fréquence de ces contacts ? Ont-ils lieu à un moment où le patient est réceptif ? Quelle est leur qualité au niveau du transfert de l'information ?

### Quelques critères

Deux problèmes sérieux se posent lorsqu'on décide d'introduire l'éducation du patient dans les activités d'un hôpital. D'abord, la sous-estimation systématique de l'importance qu'il y a à prévoir du temps et des moyens pour cette activité. On pense un peu vite que l'équipe de soins va dialoguer avec les patients et que cela suffira ;

---

(1) On trouve des enquêtes sur ce sujet sous la rubrique "Compliance" (application des prescriptions du médecin).

à l'analyse, cependant, on voit que cela se fait sans ligne de conduite, sans définition des tâches, sans concertation au sein des services, sans documentation sur les activités à accomplir. Si on faisait la même chose avec d'autres prestations de l'hôpital (examens médicaux, interventions techniques, surveillance de salle, etc.), on aurait vite fait d'en remarquer l'inefficacité.

Un second problème, c'est que l'administration de l'hôpital a tendance à rejeter l'éducation du patient sur le dos du médecin ; et celui-ci rejette à son tour certains aspects de cette activité sur l'hôpital.

En fait, tant l'équipe de soins que l'administration hospitalière ont un rôle à jouer.

L'équipe de soins devrait s'occuper de l'information, de l'apprentissage des attitudes, du développement de la compétence concernant la maladie. L'administration de l'hôpital pourrait s'occuper d'une information plus contextuelle : qu'est-ce qu'un hôpital ? Qui donc y travaille ? Quelles procédures emploie-t-on ? A quoi doit-on faire attention lorsqu'on organise des initiatives en éducation du patient ? Une enquête récente effectuée auprès de 2.680 hôpitaux américains permet d'avoir quelques données à ce sujet (1). Voici les éléments nécessaires à une bonne éducation du patient :

- 1° Une méthode pour déterminer les besoins d'information des patients ;
- 2° Intégrer les initiatives dans le schéma d'activités liées aux soins. Il faudra inévitablement modifier le plan de travail de l'hôpital ;
- 3° Un responsable de la coordination des diverses formes d'éducation du patient ;
- 4° Susciter l'intérêt et la participation des membres de l'équipe de soins ; prévoir la possibilité de formation portant sur la communication inter-personnelle ou de groupe ;
- 5° Posséder un instrument d'évaluation pour vérifier si l'éducation et l'information ont eu lieu et avec quel résultat ;
- 6° Un financement pour de telles activités.

#### Pour en savoir plus

- Une série de publications de l'American Hospital Association (en anglais), 840 Northlake Shore Drive, Chicago, Illinois 60611.
- Le livre "Humanisons les hôpitaux" par D. DELIEGE et X. LEROY (éditions Maloine, Paris), possède une liste assez complète de références sur la condition du patient en milieu hospitalier. Néanmoins, la partie qui porte sur l'éducation du patient devrait être plus développée.

(L.V.P.)

#### Un nouveau concept : Le "self-care".

Le "self-care" est en train de devenir très populaire. Ce concept a des implications importantes au niveau de l'éducation à la santé et des soins de santé.

Le moment est venu de préciser de quoi il s'agit exactement.

Le "self-care" recouvre en fait ce que chacun peut faire pour soi-même (éventuellement aussi pour les autres) sur le plan de santé et de la maladie, sans intervention des professionnels de la santé. Le "self-care" a toujours existé, et pour une époque donnée, toutes les cultures développent leurs propres formes de "self-care".

---

(1) A.H.A. Hospital inpatient education. Survey findings and analyses, 1975. Bureau of Health Education, Atlanta, Georgia 3033.

Chaque culture a ses propres conceptions de la santé et de la maladie, et détermine tout un répertoire de comportements et de types de réactions à la maladie et à la santé. Chaque individu apprend dès le plus jeune âge comment réagir aux problèmes, comment prévenir la maladie et conserver un bon équilibre entre le corps et l'esprit.

Les terrains sont nombreux où l'individu peut appliquer sa compétence à se prendre en charge lui-même. Les exemples les plus nombreux se trouvent dans : le mode de vie en général ; les gestes spécifiques pour prévenir certaines maladies ; l'auto-diagnostic et la prise en charge de sa situation, y compris l'auto-médication.

Le "self-care", ce n'est donc pas seulement l'auto-médication ou l'"auto-traitement"; il implique aussi l'auto-diagnostic, c'est-à-dire l'interprétation de signes physiques ou mentaux et la décision d'agir en fonction de ces signes. En ce qui concerne ce dernier aspect, pas mal de livres ont paru ces dernières années pour aider les gens à se soigner sans aide professionnelle.

Bien que le "self-care" soit un phénomène très ancien, il apparaît comme une nouvelle tendance parce que dans l'ensemble des soins de santé on lui accordait jusqu'à maintenant fort peu d'attention. Les médecins, les administrateurs, les politiciens se concentrent surtout sur les soins "professionnels", c'est-à-dire donnés par les travailleurs de la santé du premier échelon ou par des spécialistes. Malgré tout, les activités de "self-care" représentent environ 75 % des soins que la population consacre à la santé et à la maladie. Cela par exemple sous la forme de moyens simples, efficaces, et souvent sûrs contre la toux, le mal de gorge, la constipation, l'acné, la fatigue, la dépression et autres problèmes. Certains moyens ne sont pas reconnus par les professionnels, mais cela ne signifie pas qu'ils sont peu fiables et inefficaces. Ces derniers temps, les conceptions sur l'utilité éventuelle de formes plus traditionnelles de l'art de guérir se sont élargies.

Comment expliquer ce récent intérêt pour le "self-care" ? En fait, cette idée cristallise une série de changements dans les conceptions sur la santé et les soins de santé. Ainsi, la tendance à la démystification des soins de santé (en vue de briser le monopole médical) implique des activités de "self-care". Dans le "self-care", on retrouve l'idée que des non-spécialistes peuvent parfaitement comprendre les procédures techniques et le bon usage des médicaments, et dans certains cas assumer certaines parties du traitement (par ex. contrôle de la tension, injections d'insuline).

Une deuxième tendance mettant le "self-care" en valeur est la préoccupation née de l'augmentation des dépenses de santé et de l'existence d'une utilisation exagérée et inadaptée des services de santé (ex. consultations médicales). On estime que si la population avait une plus grande compétence en matière de santé, une série de prestations professionnelles devriendraient inutiles. En d'autres termes, le "self-care" peut s'avérer rentable pour les soins de santé.

Un dernier élément fait en sorte que le "self-care" peut compléter (et parfois remplacer) les soins professionnels : il s'agit de la revalorisation de l'individu et de son droit à l'information et à l'autonomie. Cette tendance s'exprime surtout dans les mouvements de consommateurs, les chartes des droits des patients, les mouvements féminins, etc... Le "self-care" rentre très bien dans ce cadre socio-philosophique et a pour cela un impact psychologique non négligeable. Enfin, l'idée que se font les gens de la maladie joue en faveur du "self-care", parce que la plupart des maladies chroniques courantes sont liées au mode de vie des gens. Or, ce mode de vie fait précisément partie du mouvement "self-care".

Donc, la démystification des soins de santé, l'inquiétude en ce qui concerne les dépenses de santé, la remise en valeur du principe démocratique (droit individuel), et le mode de vie actuel avec ses conséquences morbides sont des éléments qui mettent le "self-care" de plus en plus en évidence.

## INITIATIVES ET REALISATIONS

### Merckx et la R6

-----

Non, Eddy MERCKX ne fait pas de publicité pour Renault ! La R6 est une marque de cigarettes qui cherche à percer sur de nouveaux marchés, notamment en Belgique.

Il fallait viser haut pour attirer l'attention du public sur une nouvelle marque de cigarettes dont personne n'avait besoin. Dès lors, l'idée d'utiliser un Belge très populaire était logique. Et il fallait le faire avant qu'une législation plus répressive ne limite la publicité pour le tabac, et n'empêche par exemple l'emploi de la figure humaine dans la publicité.

Ainsi, l'agence Benton & Bowles a obtenu la collaboration d'Eddy MERCKX pour sa campagne ; dans un premier temps des annonces deux couleurs sont parues à plusieurs reprises dans la presse quotidienne, ensuite, il y eut des insertions en quadrichromie dans la presse périodique.

Un gros budget donc, mais pour quel résultat ? Le grand public accepterait-il de voir une idole au comportement exemplaire pendant toute sa carrière cycliste vanter les mérites d'un produit nocif pour la santé ? Beaucoup de gens ont réagi individuellement contre MERCKX, même Luc VARENNE. Dieu sait pourtant si Luc est un incondi-  
tionnel d'Eddy.

### Le sondage

Le Centre d'Information pour l'Education à la Santé quant à lui a effectué un sondage d'opinion auprès du personnel de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes. Celui-ci était invité à dire s'il était ou non favorable au comportement publicitaire de MERCKX. Pour répondre, il suffisait de déposer un formulaire pré-imprimé complété dans des enveloppes accrochées aux panneaux d'affichage répartis dans les couloirs de l'entreprise (voir photo).

Le personnel a eu l'occasion de répondre pendant quatre jours, les 5, 6, 9 et 10 avril.

### Les résultats

Il y a eu 166 réponses, ce qui est un résultat appréciable pour une entreprise d'environ 400 personnes.

Globalement, le sondage est accablant pour Eddy : 84 % des gens ne sont pas d'accord avec son comportement, et seulement 10 % l'approuvent.

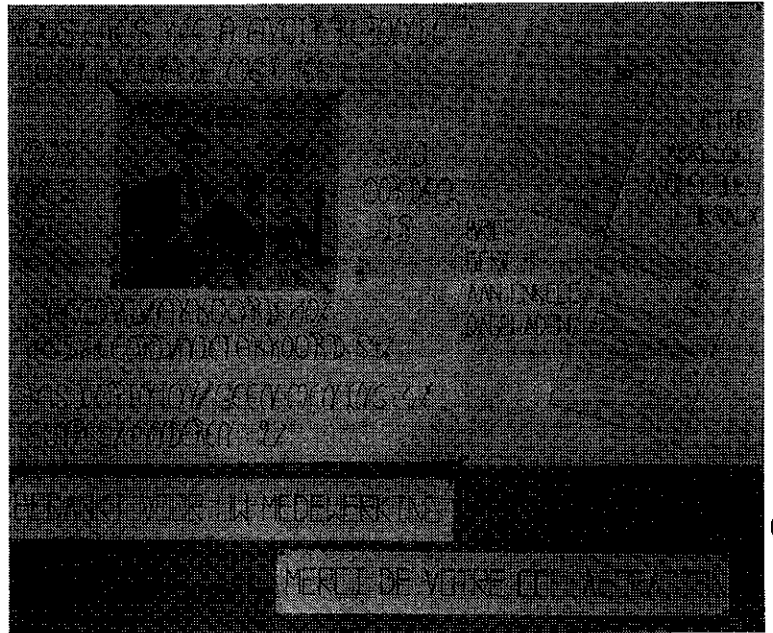
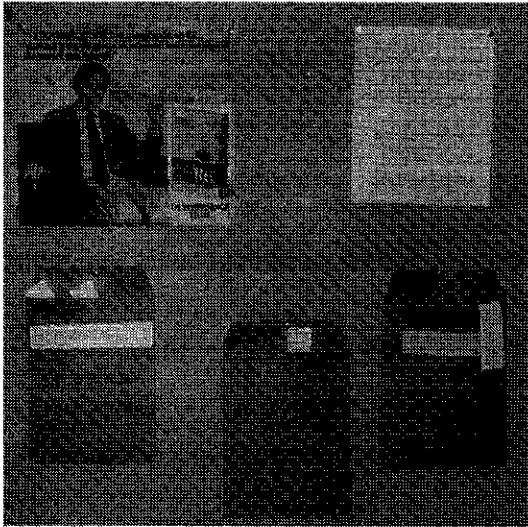
On notera que parmi les Francophones, on est plus indulgent que parmi les Néerlandophones (15 % d'accord FR, 8 % d'accord NL).

Signalons aussi que les avis varient en fonction du jour de la réponse. Les "pas d'accord" se sont massivement exprimés les 3 premiers jours (90 %, 82 %, 85,5 %), un peu moins le dernier jour du sondage (66,5 %).

### La suite

Le Centre d'Information pour l'Education à la Santé a communiqué les résultats de l'enquête à l'agence responsable de la campagne, et à la plupart des quotidiens belges. Le but n'était pas d'arrêter la campagne, mais de rendre les responsables conscients de l'effet préjudiciable de la campagne sur les jeunes.

Enfin les résultats du sondage ont été signalés au personnel de l'Alliance, par l'intermédiaire des panneaux d'affichage (photo).



Ci-dessus le sondage  
A droite, les résultats

### Conclusion

Il peut paraître aberrant qu'une firme ait dépensé tant d'argent pour une action publicitaire susceptible de choquer les gens, et donc de les monter contre la marque vantée. Pour nous, le paradoxe n'est qu'apparent. A notre avis, les responsables de la campagne savaient bien ce qu'ils faisaient. Comme il s'agissait de lancer une marque, de faire connaître un nouveau nom, tous les moyens étaient bons, du moment qu'on parle de la marque, en bien ou en mal. De ce point de vue, le résultat est obtenu. La preuve, cet article ...

(C.D.B.)

Comment le public perçoit-il les examens de dépistage du cancer ?

Dans la perspective d'une campagne d'information sur le dépistage précoce du cancer dans la région de Mons, il nous a paru intéressant de mener d'abord une petite enquête dans un centre de consultation en activité, à Louvain-en-Woluwe. Cette enquête a permis de mieux connaître la situation, les besoins et les attentes des consultants.

#### 1. But de l'enquête

L'objectif de l'enquête était multiple : d'abord, déterminer quels sont les moyens de communication les plus rentables pour signaler au public l'existence des examens de dépistage. Deuxièmement, voir quelles sont les motivations de ceux qui se présentent au dépistage.

Ensuite, il s'agissait de savoir si les consultants étaient satisfaits de la formule habituelle d'examen, c'est-à-dire une entrevue de 15-20 minutes avec le médecin, une anamnèse (1) de 5 minutes et un examen clinique de 10-15 minutes ; et de savoir si un supplément d'information les intéressait. Enfin, comme conclusion, on leur demandait une appréciation générale sur l'utilité du dépistage et sur l'information donnée au grand public sur le cancer.

## 2. Administration

Nous avons procédé à une trentaine d'interviews, d'environ 5 minutes chacune. Seules les personnes acceptant de se soumettre à l'interview étaient interrogées, et cela après la consultation médicale. On posait aux gens des questions préétablies, de quoi délimiter le sujet d'abord (sexe, âge, état civil, profession, nombre de dépistages subis) ; ensuite, une quinzaine de questions ouvertes telles que : "Qu'est-ce qui vous a décidé à vous soumettre aux examens" ? Ou encore "Sur base de votre expérience, estimez-vous le dépistage utile" ?

## 3. Résultats de l'enquête

Grâce à cette enquête, on a pu se faire une idée des moyens les plus efficaces pour sensibiliser le public au dépistage : il s'agit des distributions "toutes boîtes" (souvent sous forme d'une lettre circulaire officielle de l'administration communale), ainsi que de l'incitation directe par quelqu'un de l'entourage (famille, voisin, ami, collègue de travail) qui a déjà été au dépistage.

En ce qui concerne les motivations des consultants, la prévention vient en tête, suivie par la prudence suscitée par un cancer dans la famille ; ensuite la peur et enfin l'existence d'un symptôme alarmant.

Un peu plus de la moitié des gens s'estiment satisfaits de l'examen dans son ensemble ainsi que de la partie proprement clinique de l'examen. Notons cependant que cette satisfaction doit être nuancée dans la mesure où, souvent, les gens déclarent ignorer les critères selon lesquels ils peuvent juger de la qualité du dépistage. Un tiers des consultants ne sont pas satisfaits, et jugent l'examen superficiel ou incomplet. En général, les gens sont contents de la manière dont le médecin s'acquitte de sa tâche d'information ; ils ne voient cependant pas d'inconvénient à ce que cette information soit plus complète (remise de textes ou d'un questionnaire).

L'utilité du dépistage fait quasiment l'unanimité des consultants ; il se déclarent prêts à répondre à la prochaine convocation pour l'examen (2). Ils sont aussi prêts à conseiller à leur entourage de se rendre au dépistage.

Enfin, la moitié des gens trouvent que l'information du grand public pourrait être meilleure, grâce notamment à l'intermédiaire de la télévision. Un tiers des consultants pensent que le public est suffisamment informé sur le cancer.

En conclusion, il semble à la lecture des résultats de cette enquête que les gens acceptant de se soumettre au dépistage voient ces examens d'un oeil plutôt favorable. D'autre part cependant, ils n'apparaissent pas toujours au courant de la valeur exacte et de la signification du dépistage. Il y a là un terrain à creuser dans le futur.

(C.D.B.)

(1) Dialogue pendant lequel le sujet fournit des renseignements sur son passé et sur l'histoire de sa santé.

(2) L'examen doit être fait tous les deux ans à partir de 30 ans pour la femme et de 40 ans pour l'homme ; il doit être effectué tous les six mois pour les gens des catégories à risque (critères du Centre de Dépistage de l'U.C.L.).

## Dépistage du cancer et information (suite)

---

Dans le numéro précédent d'"Education-Santé" (1), nous vous avons signalé la mise sur pied d'une campagne de dépistage du cancer dans la région de Mons, campagne axée en partie sur l'information du public.

Nous voudrions maintenant vous présenter de manière plus précise une partie du matériel réalisé à cette occasion.

Il s'agit de six affiches décrivant divers aspects du cancer.

### Objectif

Ce matériel est destiné à la salle d'attente où les consultants patientent avant de passer chez le médecin. D'habitude, rien n'est prévu pour occuper ce moment creux, sauf quelques illustrés.

Cette fois, il y aura des documents pour approfondir l'information des gens sur le cancer.

Les affiches sont l'élément le plus spectaculaire de cette animation. Elles ont pour objectif d'attirer l'attention du public tout en faisant passer une information brève (donc, espérons-le, mémorisable). On peut imaginer qu'elles vont déclencher une demande de renseignements. Le médecin sera prêt à y répondre.

### Contenu

- Une affiche reprend les principales localisations du cancer selon le sexe (voir photo).
- Une affiche présente les trois principales causes de cancer : le tabac, l'alcool et une alimentation trop grasse et mal équilibrée.
- Une affiche explique le rapport étroit entre la consommation de tabac et l'espérance de vie.
- Une affiche donne les différents signaux d'alarme du cancer, qui justifient une visite médicale (voir photo).
- Une affiche signale les types de cancer décelables lors d'un examen général de dépistage.
- Une affiche explique l'auto-examen du sein.

---

(1) "Education-Santé" n° 2, avril 1979, p. 13-14.



LES 9 SIGNAUX D'ALARME DU CANCER.

- *grosueur sous la peau*
- *plaie de la peau ou des muqueuses ne guérissant pas*
- *verruce ou grain de beauté saignant ou grossissant*
- *perles de sang anormales (vagin, anus, crachats, urines)*
- *troubles digestifs persistants (selles noires, sang dans les selles, alternance de diarrhée et de constipation)*
- *mal de gorge ou enrouement continuel*
- *difficultés répétées pour avaler*
- *amaigrissement inexplicable*
- *ganglions dans la région du cou, des aisselles ou des plis de l'aîne*

*Tous ces signes ne veulent pas dire que vous avez un cancer, mais mieux vaut être prudent, et consulter un médecin.*

Présentation

Il s'agit d'affiches d'environ 110 cm x 73 cm, soit d'une surface de 0,75 M2. Ces affiches mélangent le dessin, la photo et le texte (des lettrages à transfert direct, type "Alfac" ou "Mécanorma").

La réalisation suppose plusieurs étapes : élaboration d'un brouillon, avec le texte et un plan de mise en page ; vérification du brouillon par un spécialiste du cancer ; recherche du matériel nécessaire, papier, lettrages, illustrations ; mise au point du document final.

L'ensemble, réalisé par des non-professionnels, a nécessité environ 50 heures de travail. Les deux affiches reproduites ici vous donnent une idée des documents réalisés.

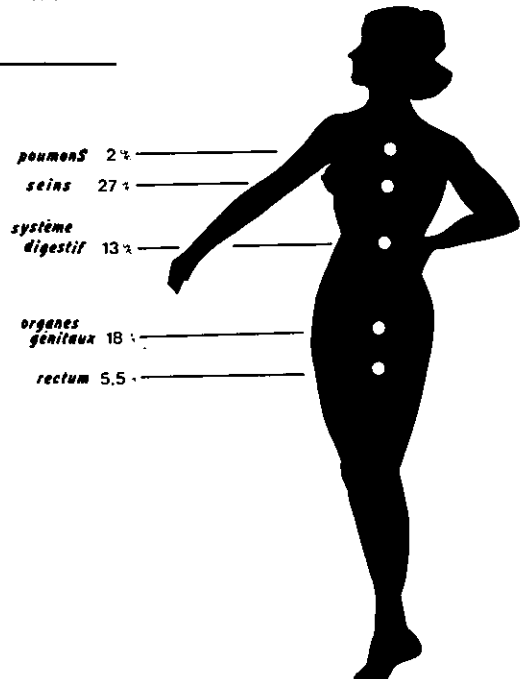
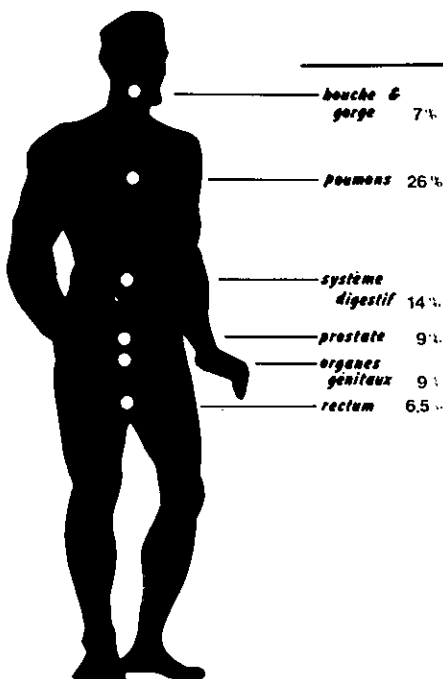
(C.D.B.)

**LE CANCER N'EST PAS UNE SEULE MALADIE !**

**IL EXISTE AUTANT DE CANCERS QUE D'ENDROITS OÙ ILS APPARAISSENT. VOICI LES PRINCIPAUX :**

**HOMME**

**FEMME**



## MATERIEL DIDACTIQUE ET D'INFORMATION : UNE SELECTION

### Arrêter de fumer

-----

Parmi les livres donnant des recettes pour arrêter de fumer, nous avons retenu l'excellent travail du Docteur Yves NADJARI, tout simplement intitulé "TABAC".

Après avoir dit quelques mots des méthodes classiques de désintoxication, l'auteur nous propose la sienne. Il s'agit d'une méthode américaine, adaptée en fonction d'une expérience concrète de la question (le Docteur NADJARI s'occupe de désintoxication tabagique à l'hôpital Cochin de Paris).

Selon cette méthode, l'action se décompose en 7 phases : sensibilisation ("Pourquoi pas vous ?"), information sur le tabagisme, information sur les motivations de chaque fumeur, prise de décision, connaissance des habitudes liées à la consommation de tabac, stratégie à utiliser et son application (suivant les personnalités, en conseillera soit un arrêt brutal, soit un sevrage progressif), et enfin résistance aux rechutes.

Pour chaque phase, il existe un matériel d'évaluation, des exercices à faire, des conseils pour s'adapter à ce changement d'habitude.

L'ouvrage contient aussi des informations sur les maladies causées par le tabac : bronchite, emphysème, cancer, maladies cardio-vasculaires, problèmes dentaires. Il y a aussi des tableaux statistiques qui permettent au fumeur d'évaluer avec une certaine précision les risques qu'il court. Enfin, "Tabac" n'oublie pas les conseils diététiques pour éviter la prise de poids après l'arrêt de fumer.

Bref, un ouvrage très pratique, que l'on conseillera bien sûr en priorité aux fumeurs. Ils peuvent s'en inspirer directement, sans passer par l'intermédiaire d'un médecin. Mais il y a un préalable qu'aucun livre ne pourra jamais prodiguer : la volonté de se libérer du tabac. Sans volonté, les meilleures méthodes ne servent à rien.

TABAC, Docteur Yves NADJARI, Seghers, 1977, 190 pages, 246 FB.

(C.D.B.)

D'autre part, nous signalons la nouvelle brochure "Comment ne plus fumer ?" éditée par le C.R.I.O.C. Elle est basée sur "Le plan des 5 jours" de la Ligue Vie et Santé et sur la brochure londonienne de Martin RAW "How to stop smoking ?".

Cette brochure de 24 pages de texte est illustrée par des dessins humoristiques. Elle est gratuite et disponible au Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommation (C.R.I.O.C.), Avenue Louis 250 Bte 31, 1050 BRUXELLES.

(P.D.)

### Dias sur l'alimentation

-----

Une série de 79 dias, réalisée par la Croix-Rouge de Belgique en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, décrit les principes élémentaires de l'alimentation. Elle s'adresse principalement aux élèves de l'enseignement moyen.

Après avoir décrit les processus physiologiques liés à l'alimentation, ce montage présente les 8 principes assurant une alimentation équilibrée :

- Doser l'apport alimentaire en fonction des besoins.
- Equilibrer et varier journallement son alimentation.
- Consommer plus de légumes et de fruits.
- Prendre un petit déjeuner substantiel.
- Manger dans une ambiance agréable.
- Eviter l'abus de sel de cuisine.
- Eviter la consommation de boissons alcooliques ou sucrées.
- Limiter sa consommation de graisses.

La qualité technique des dias est très bonne.

Certaines d'entre elles cependant sont complexes, principalement celles qui décrivent le mécanisme de la digestion.

Toute organisation intéressée par ce montage peut le demander en prêt, gratuitement, à la Croix Rouge, Service d'Education sanitaire, Chaussée de Vleurgat 98, 1050 BRUXELLES (Tél. 02/647.10.10)

(P.D.)

### Une expo cancer

-----

La Ligue Nationale Française contre le Cancer a réalisé une série d'affiches sur le cancer, destinées à animer des cours dans les lycées et collèges. Certaines écoles ont ouvert leurs locaux aux parents d'élève à l'occasion de cette exposition. Voilà assurément une initiative louable.

Le matériel consiste en 12 affiches de 40 x 50 cm environ, imprimées en 3 couleurs, noir, jaune et rouge. La majorité des affiches contiennent des textes et des dessins illustrant divers aspects du cancer : genèse de la tumeur, idées fausses sur la maladie, causes, organes atteints selon le sexe, guérisons, prévention, diagnostic précoce, traitements, espoirs.

Certaines affiches sont particulièrement réussies, celles qui expliquent le fonctionnement normal et le dérèglement de la cellule et celles qui présentent les moyens d'agir (prévention et diagnostic précoce).

Ajoutons que la L.N.F.C.C. dispose d'autres matériels d'information sur le sujet, tels que montage dia, brochures, affiches, etc...

Tout ceux qui sont intéressés par ce matériel pourront l'obtenir en écrivant à la Ligue Nationale Française Contre le Cancer, rue d'Assas 90, 75006 PARIS.

(C.D.B.)

## LU POUR VOUS

### Sur l'Hôpital

-----

Un livre à lire, et des idées à mettre en pratique par ceux qui désirent ardemment l'humanisation de l'hôpital pour tous.

Dans sa préface, le Professeur E. Aujaleu, ancien directeur général de la Santé Publique à Paris, dit entre autre :

"Ce qui caractérise les auteurs c'est qu'ils n'appartiennent pas au personnel de santé et ne sont pas administrateurs ou gestionnaires d'hôpitaux. Ce sont des spécialistes en sciences sociales qui ont observé l'hôpital de l'extérieur, grâce à une importante documentation, à l'exploitation de nombreuses enquêtes personnelles et à l'utilisation de témoignages directs" (....)

"Une deuxième particularité réside dans l'élargissement du champ d'application que les auteurs donnent à l'humanisation de l'hôpital : agir sur l'aménagement et le fonctionnement de l'hôpital et sur l'attitude du personnel à l'égard des malades, pour donner à l'hospitalisé un environnement physique et social aussi agréable que possible" (...)

"Rendre l'hôpital humain pour le malade implique aussi qu'on le rende humain pour le personnel ce qui permettra à celui-ci un comportement positif vis-à-vis du malade" (...)

"Malgré ses caractéristiques particulières, l'hôpital étant une véritable entreprise, il doit être géré comme tel - il faut donc y introduire des méthodes modernes de gestions et d'évaluations. Il s'agira aussi d'avoir le souci d'une véritable participation" (...)

"Un troisième élément est à retenir c'est la stratégie d'implication du patient - il faudrait faire appel systématiquement à ses forces vitales de façon à l'associer activement au processus de guérison, comme cela se fait déjà dans bien des hôpitaux".

L'hôpital, disent les auteurs, est le centre d'une controverse ; apprécié pour les techniques de pointe et les victoires sur la douleur, la maladie et la mort, il est dénigré pour des lacunes, des lourdeurs et une certaine dépersonnalisation des soins.

L'hospitalisation demeure une épreuve ressentie par le malade, à des degrés divers selon la durée de son séjour, la gravité de sa maladie et sa capacité d'adaptation (p. 36). Les auteurs, alors, d'analyser des aspects durs et négatifs du vécu hospitalier (p. 37 à 44) ainsi que les besoins de l'être humain hospitalisé, dans les domaines socio-économiques et psycho-sociaux (p. 44 à 46).

Dans un troisième chapitre on analyse les actions spécifiques entreprises ou à entreprendre : Importance d'un service social (aide économique et assistance psycho-sociale) - Révision de l'équipement architectural (aspect déshumanisant des grands ensembles) - Importance du Service d'Accueil (avant - à l'arrivée - durant le séjour - distribution d'une brochure sur l'hôpital) - Agrémenter le séjour (amabilité des soignants) - Qualité des installations - Assouplissement des règlements (ex. rôle d'accompagnement des parents d'enfants hospitalisés) - Occupation des loisirs - Centres d'accueil pour les familles) - Rôle de l'écoute (permet d'enraciner traitements et soins dans les habitudes et coutumes familiales des patients et d'augmenter ainsi les chances de réussites) - Informer et expliquer (principes directeurs d'un programme d'information et importance et difficultés de la communication). Enfin un paragraphe sur la socialisation de la mort (consciente et entourée) - (p. 51 à 86).

Un chapitre important (IV p. 89 à 167) est consacré à la mobilisation générale pour des soins globaux. Si les changements nécessaires cités dans les chapitres précédents sont importants, ils resteront sans lendemain s'il n'y a pas une politique d'ensemble mobilisant toutes les forces vives de l'hôpital en vue des soins globaux. Par soins globaux il faut entendre un système de fonctionnement hospitalier où les soins sont :

- polarisés sur le patient et sa santé au sens complet du terme ;
- assurés en équipe avec la collaboration effective de tout le personnel concerné ;
- dispensés avec la participation active du patient.

Ces points sont largement développés et sont accompagnés de tableaux et d'organigrammes permettant d'avoir une vue d'ensemble sur les sujets traités, tels que : les mécanismes de transition - l'organisation des services (y compris le volontariat) - la politique du personnel (participation) - pour une direction participative - implication du patient.

Toute cette évolution n'est valable que si une évaluation systématique est faite soit par des enquêtes - des interviews - des réunions de malades - une collaboration temporaire d'anciens malades - des missions bien spécifiques et de durée limitée confiées à des membres du Conseil d'Administration. On peut aussi songer à un médiateur entre malades mécontents et les services concernés, appelé "ombudsman" ou "ombuds-team" (p. 168 à 171).

Un dernier chapitre est consacré aux obstacles à l'humanisation de l'hôpital. On y trouve entre autre les objections courantes et leurs réponses, telles que priorité à la médecine - économie et budget - pénurie et coût du personnel ainsi que les obstacles psychologiques et sociologiques.

### Conclusion

"Humaniser l'hôpital c'est faire progresser la qualité d'être comme la qualité du vécu de ceux qui y travaillent ou y séjournent. Ceci pourra se réaliser en apportant des soins globaux en collaboration avec le patient et grâce au travail en équipe à tous les échelons. Ces démarches s'inscrivent dans le cadre d'une "qualité de la vie" pour chaque personne concernée par l'hospitalisation".

"Humanisons les hôpitaux", Denise DELIEGE et Xavier LEROY, Maloine, 1978, 238 pages, 456 FB.

Jeanine DE RIJYCK  
Secrétaire de l'Entraide  
Féminine.

### Guide du cardiaque

-----

Dans son introduction, le Professeur Gabriel FAIVRE, Président de la Fédération de Cardiologie, dit que :

"La maladie cardiaque n'est pas une fatalité, elle résulte le plus souvent de ce qu'on peut appeler des "erreurs de vie", et qui sont les conséquences d'une hygiène de vie qui n'a pas toujours été conforme aux recommandations des cardiologues d'aujourd'hui. Ces erreurs s'appellent tagabisme, excès de graisses dans le sang (cholestérol et triglycérides), abus alimentaires (excès de graisses, de sucres, de sel, d'alcool) sédentarité".

Afin de répondre aux questions que tout cardiaque souhaite poser à son cardiologue, ce guide, facile à consulter, met à la disposition des cardiaques des conseils et des renseignements appropriés à leur situation.

Ils y trouvent réponses aux problèmes de leur réadaptation, de leur cadre de vie, de leur vie sexuelle, de leurs loisirs, de leurs déplacements.

Ils y trouvent des recommandations pour leurs boissons, leur alimentation, leur problème de poids et de régime, avec quelques recettes et menus.

Les cardiaques y trouvent aussi des informations techniques simples sur les types d'examens pratiqués, les médicaments, ainsi qu'un lexique des termes cardiologiques.

Ce guide, de format classique de 240 pages, facile à lire et à consulter peut être obtenu à la Fondation Nationale de Cardiologie, rue du Rocher 50, 75008 PARIS. (30 FF franco de port).

(P.D.)

## L'Infarctus

-----

Ce livre est écrit par le Dr. RAGER, un médecin de fonction sophrologique et psychanalytique, dans le but de mieux faire connaître la maladie coronarienne et d'expliquer aux coronariens le pourquoi et le comment de la maladie.

Les maladies cardio-vasculaires sont actuellement responsables en moyenne de 37 % des décès dans une cinquantaine de pays de divers continents. Elles sont plus meurtrières que le cancer, les accidents et les maladies infectieuses.

De façon très précise, l'auteur situe et décrit la maladie coronarienne et principalement l'athérosclérose comme un cas particulier du vieillissement du tissu conjonctif.

L'auteur analyse les facteurs de risques de la maladie coronarienne, l'hypertension artérielle, le diabète, les anomalies des graisses du sang et du cholestérol, le tabagisme. Toute élévation d'un de ces facteurs augmente sensiblement la probabilité d'une atteinte coronarienne. L'association de plusieurs de ces éléments chez un même sujet a un rôle cumulatif important.

Il met en évidence un type de comportement A, caractérisé essentiellement par la compétitivité, une ambition démesurée, une tendance au surmenage que l'on retrouve chez la majorité des coronariens. Ce type de comportement, dans lequel le stress émotionnel joue un rôle important, provoque des modifications dans l'organisme dont l'une des conséquences est de développer un taux de cholestérol trop élevé.

L'auteur décrit aussi l'évolution de l'angine de poitrine et de la maladie coronarienne.

Il décrit les signes avant-coureurs et l'infarctus et les symptômes qui le font ressembler à une indigestion. Le Dr. RAGER signale aussi que 40 % des infarctus sont "muets" et passent inaperçus.

Il parle du traitement, des règles de vie, de la réadaptation physique des coronariens et des problèmes psychologiques provoqués par la maladie.

Ce livre qui veut être un outil de vulgarisation et qui a pour objet de mieux faire connaître au grand public l'infarctus, ne reste cependant accessible qu'à la classe intellectuelle de la population.

L'infarctus : les faits et les mythes. Dr. G.R. RAGER. Editions TCHOU. Collection "Le Corps à Vivre". 319 pages. 410 BF.

(P.D.)

Quatre livres sur le cancer  
-----

La collection "Clefs" chez Seghers ressemble un peu à la série "Que sais-je ?". On y aborde les domaines les plus divers, et on tente d'en faire le tour de façon à ce que l'honnête homme puisse se faire une idée de la question. Les synthèses présentées par "Clefs" se distinguent des volumes "Que sais-je ?" par leur plus grand nombre de pages.

Le Professeur Pierre DENOIX a publié dans cette collection une mise au point sur le cancer intitulée : "Clefs pour la cancérologie".

L'auteur aborde la maladie sous tous ses aspects : histoire, genèse des tumeurs, causes connues, conditions d'apparition des principaux types de cancer, prévention-dépistage-diagnostic, méthodes de traitement.

Chaque chapitre est habilement découpé, le lecteur peut retrouver facilement le sujet qui l'intéresse plus particulièrement.

"Clefs pour la cancérologie" contient des tableaux et illustrations ainsi qu'un index définissant les termes spécialisés. On signale aussi que cet ouvrage est écrit dans une langue relativement difficile pour le profane.

"Clefs pour la cancérologie", Pierre DENOIX, Seghers, 1974, 220 p. 185 FB.

(C.D.B.)

Un cancer féminin sur quatre est un cancer du sein. A l'heure actuelle, c'est le plus répandu des cancers féminins. Quoique n'étant pas les plus dangereuses (si elles sont dépistées assez tôt et traitées à temps), les tumeurs du sein sont les plus redoutées car elles concernent une partie du corps directement accessible au regard.

Ces données situent l'intérêt du livre du Professeur SERAFINO, entièrement consacré aux "Cancers du sein".

La façon d'aborder un sujet aussi difficile attire également notre attention. L'auteur a procédé par questions et réponses. Ce système direct de présentation a l'avantage de faciliter l'utilisation du livre. Le lecteur trouve ainsi plus facilement les réponses aux questions qu'il se pose. Il n'est pas forcé de lire tout l'ouvrage pour obtenir l'information qu'il recherche. Par exemple, si on s'interroge sur les causes des cancers du sein, on constatera en parcourant le sommaire que la question 7 aborde le problème, et on saura à quelle page sont apportés des éléments de réponse.

Ce livre est illustré de dessins et photos, et chacune de ses trois parties est introduite par la reproduction d'un tableau célèbre de nu.

50 réponses sur les cancers du sein, Pr. Xavier SERAFINO, Laffont, 1977, 288 pages, 339 FB.

(C.D.B.)

47 mauve, 53 vert, 23 rose, non, il ne s'agit pas du Lotto, mais bien d'une femme en traitement pour le cancer, un numéro dans la machinerie hospitalière. "La mémoire blessée" décrit avec lyrisme l'expérience de la maladie, des thérapeutiques lourdes, du mur qui trop souvent sépare le malade et le médecin. Ainsi, à la patiente qui veut savoir, l'infirmière dit : "Vos questions vagues, vos mots ordinaires, voilà ce qui ne peut être toléré. Les médecins ne peuvent y répondre. Ce sont des mots de tous les jours qui prêteraient, ici, à d'affreuses confusions. Nos grands médecins, habitués à leur langage d'élite, ne peuvent les employer pour communiquer avec vous".

C'est raconté comme un roman, dans un style emporté, c'est excessif aussi, mais l'excès est parfois salutaire pour stigmatiser certaines situations.

La mémoire blessée, Christiane de la BIGNE, Plon, 1976, 158 pages, 216 FB.

(C.D.B.)

"Dossier cancer", voilà apparemment, d'après le titre, un ouvrage de référence. Surtout s'il est signé par un grand nom de la cancérologie comme Georges MATHE.

Il s'agit d'un volume de 350 pages au texte assez serré, de conception traditionnelle. L'auteur nous explique d'abord le fonctionnement normal des cellules et les dérèglements qui peuvent donner naissance au cancer, ce "tissu sans loi" selon sa formule.

Une partie importante de l'exposé est consacré à la prévention et aux moyens thérapeutiques.

On regrettera la présentation très sévère du contenu, abusant de références à des produits chimiques aux noms compliqués et à des nombreux chercheurs. Ce qui se justifie dans un texte destiné à des scientifiques est parfois déplacé lorsqu'on s'adresse à un public plus large.

De plus, l'auteur n'est pas toujours heureux dans ses images. Ainsi, dans le chapitre consacré à la guérison, il nous présente un arsenal d'armes, épée (chirurgie), artillerie (radiothérapie), gaz de combat (chimiothérapie). Est-ce vraiment la meilleure formulation pour diminuer l'angoisse des gens devant le cancer ?

"Dossier cancer" pose le problème de la communication en matière médicale. L'auteur a des difficultés à sortir de son univers pour aller au devant des attentes du public. On ne nie pas la qualité de l'information qu'il donne, mais plutôt son utilité réelle.

"Dossier cancer" a été publié dans la collection "Médecine ouverte". Mais ouverte à qui ?

Dossier cancer, Georges MATHE, Stock, 1977, 348 pages, 347 FB.

(C.D.B.)



## Mieux vivre après 50 ans

-----

Ce livre s'adresse aux hommes et femmes qui ont passé le cap des 50 ans. Il réunit une sélection d'informations et de conseils médicaux sur les maladies les plus courantes à partir de cet âge. La réussite du traitement de beaucoup d'entre elles nécessite une participation active de la famille et de l'entourage.

Cet ouvrage répond à un besoin grandissant d'informations du public et est soutenu par une philosophie qui nous fait apprendre à vivre avec nos maux.

Mieux vivre après 50 ans, Dr. Hughes DESTREN, Editions LE CENTURION. Sachez vous soigner. Guide de santé. 167 pages, Prix 380 FB.

(P.D.)

## EN DERNIERE MINUTE

Nous apprenons que l'Association Catholique du Nursing organise une journée d'étude sur le thème : "L'Autonomie du malade".

Le pré-programme de la journée est le suivant :

- L'Education à la Santé par le Professeur BLANPAIN.
- L'Education à la maladie par le Docteur VAN PARIJS.
- Rôle spécifique de l'infirmier(e) dans cette éducation par A. SCHOONVAERE.
- Le système de la Sécurité Sociale favorise-t-il ou défavorise-t-il l'Education à la maladie ? par M. J. HALLET, Secrétaire Général des Mutualités Chrétiennes.

Cette journée aura lieu au Palais de la Culture à Namur le 20 novembre 1979.

Les renseignements complémentaires peuvent être obtenus à l'Association Nationale Catholique du Nursing, Clos Chapelle-aux-Champs, 39a, 1200 BRUXELLES.  
Tél. 02/762.34.45.

## RENCONTRES

Londres du 2 au 7 septembre 1979 : 10e Conférence Internationale sur l'Education  
-----  
pour la Santé  
-----

Cette conférence est organisée par l'Union Internationale d'Education pour la Santé, le Health Education Council et le Health Education Unit de l'Ecosse. Elle aura lieu du 2 au 7 septembre à Londres.

Cette conférence portera sur les moyens d'améliorer la santé par une plus grande prise en charge individuelle. Le thème principal sera "l'Education pour la Santé en Action - Réalisations et Priorités". Dans ce cadre on parlera de l'intégration de l'éducation pour la santé dans la planification nationale, de l'éducation pour la santé et la jeunesse et de la méthodologie de l'éducation pour la santé. Pendant la conférence, il y aura une traduction simultanée en français.

Les frais d'inscription à la conférence sont de 130 livres par personne. Pour accompagnateurs 35 livres. On conseille de réserver une chambre à coucher à l'avance, parce que le début du mois de septembre est une période chargée. Les réservations d'hôtel peuvent se faire en même temps que l'inscription à la conférence.

Pour tous renseignements complémentaires, veuillez écrire à l'adresse suivante : Dixième conférence sur l'éducation pour la santé, Bureaux de la Conférence, Charles Street 43, LONDRES W1X 7PB (Grande Bretagne).

(L.V.P.)

Une visite à Paris : Le Comité Français d'Education pour la Santé  
-----

En Belgique, on a souvent l'occasion de voir sur les chaînes de télévision françaises des spots publicitaires consacrés à des thèmes de santé. Ces spots sont produits par le Comité Français d'Education pour la Santé. Il nous a semblé intéressant de voir ce qu'était exactement ce Comité. Nous lui avons ainsi rendu visite en son siège de Paris.

Qu'est-ce que le Comité Français d'Education pour la Santé ?

Le Comité Français d'Education pour la Santé est une Association Autonome subventionnée par le Ministère de la Santé. Cet organisme, existant depuis une cinquantaine d'années, s'occupait à l'origine de la lutte contre la tuberculose, l'infection, etc... Un souffle nouveau lui a été donné lors des travaux de la commission du 7e plan quinquennal (1976-1980), qui accordèrent une priorité aux problèmes de santé; et parmi ces problèmes une attention particulière fut accordée à la prévention et à l'éducation pour la santé.

Dirigé pour l'instant par une spécialiste de l'audio-visuel, le Comité Français pour l'Education à la Santé occupe une bonne trentaine de personnes. Son budget annuel est en expansion constante depuis quelques années, et est actuellement de l'ordre de 28.000.000. FF, soit un peu plus de 200.000.000 FB. La majeure partie de ce budget est utilisée pour de grandes campagnes de sensibilisation.

## Les Campagnes Nationales

-----

Depuis 1976, le Comité Français d'Education pour la Santé organise des campagnes nationales d'information autour de différents thèmes de santé : tabagisme, nutrition, insertion sociale des handicapés, "vivre son âge" pour le troisième âge, hygiène bucco-dentaire, etc...

Le schéma habituel de ces campagnes est le suivant :

### Dossier technique

En étudiant la situation sanitaire globale de la société française, des carences apparaissent, et donc des priorités quant aux actions à accomplir. Ces priorités sont signifiées au Comité Français d'Education pour la santé par le Ministère de la Santé et de la Famille.

Les thèmes choisis sont alors développés par un groupe de travail composé de spécialistes de la question ainsi que de membres du Comité Français d'Education pour la Santé. Ce groupe élabore un dossier technique sur le sujet, à partir duquel les matériels d'information seront réalisés. Signalons qu'avant la réalisation pratique, des études de motivation sont effectuées sous forme d'interviews libres ou semi-directives, qui permettent de préciser ce qu'on doit mettre dans l'information pour intéresser le public en évitant des blocages psychologiques. Ce procédé est d'ailleurs régulièrement utilisé en marketing avant le lancement d'un produit.

### Réalisation des messages

Le dossier technique est envoyé à plusieurs agences de publicité, qui sont chargées de soumettre un projet d'action (mise en forme des données, plan média) en fonction du budget disponible, de l'ordre de 20.000.000 FB environ par campagne. Un projet est sélectionné et réalisé.

### La campagne

La campagne proprement dite se déroule pendant un mois environ. Tous les messages autour d'un thème ne s'adressent pas nécessairement au grand public dans son ensemble. On vise aussi des publics plus spécifiques, comme les jeunes (tabagisme), ou les femmes enceintes (nutrition).

Les campagnes nationales se font par l'intermédiaire de presque tous les grands moyens d'information, et plusieurs média sont employés pour chaque thème. Il y a des spots TV sur les deux chaînes principales, TF1 et A2, spots projetés à des heures déterminées par ordinateur ; des messages passent aussi à la radio. La presse quotidienne n'est pas oubliée, avec des insertions hebdomadaires dans plusieurs dizaines de journaux nationaux et régionaux. Des films sont également projetés dans des salles de cinéma. Par exemple, celles de la société GAUMONT, soit plus de 500 salles.

D'autres moyens d'information et de propagande sont utilisés, tels que dépliants (à plusieurs millions d'exemplaires), affiches 40 x 60 cm (plusieurs centaines de milliers d'exemplaires), affiches grand format (1.000 affiches de 12 m<sup>2</sup> à Paris et dans les grandes villes pendant 15 jours), autocollants ....

De gros moyens sont donc mis en oeuvre, fort semblables à ceux utilisés par la publicité commerciale.

### Bilan

Quelques mois après chaque campagne, le Comité Français d'Education à la Santé charge un institut de sondage d'opinion d'évaluer l'impact de chaque action. Les sondages permettent de déterminer la sensibilisation du public.

Combien de gens ont-ils vu les spots TV, le slogan de base a-t-il été mémorisé, etc.. Ces sondages ne permettent cependant pas de vérifier les modifications éventuelles de comportement du public.

### Suites des campagnes

Les thèmes ne sont pas abandonnés après chaque campagne. Ils sont repris sous d'autres formes (pour ne pas lasser les gens). Ainsi, la campagne nutrition de 1977, "Mangez mieux c'est vivre mieux" a été prolongée en 1978 par une nouvelle action "Mangez juste".

### Les Comités Régionaux et Départementaux

-----

A côté des campagnes nationales, les comités font figure de parents pauvres, bien qu'il existe une volonté de travailler à l'avenir avec les 20 Comités Régionaux et les 95 Comités Départementaux.

#### Les Comités Régionaux

Ce sont des associations privées animées par des professeurs de facultés de médecine. Les objectifs de ces comités :

- être des relais d'information et des lieux de sensibilisation à une prise de conscience pour des comportements nouveaux sur le plan de la santé ;
- servir de relais locaux aux campagnes nationales ;
- avoir des liens avec les universités et les Comités Départementaux d'éducation à la santé ;
- collaborer avec des groupes spécialisés qui s'occupent de la santé ;
- coordonner des actions sanitaires.

#### Les Comités Départementaux

Ce sont également des associations privées mais regroupant des personnalités ayant une envergure locale. Par ce biais, les Comités souhaitent obtenir une participation de la population et la collaboration des "professionnels" locaux de la santé.

Ces Comités se donnent pour buts :

- la sensibilisation de la population à l'éducation à la santé au moyen de montages audio-visuels ;
- la coordination des associations qui touchent à la santé et notamment travaillent au niveau de la prévention ;
- l'animation socio-éducative avec par exemple des actions dans les écoles et les quartiers, la mise sur pied d'une filmothèque, la participation aux foires locales ;
- d'être les relais des informations venant des comités régionaux ;
- d'établir des contacts avec les Départements d'Aide Sociale et Sanitaire (DASS), sortes de C.P.A.S.

C'est dans ces Comités que pourrait se réaliser un véritable travail de base. Mais la consistance du travail et l'existence même des Comités sont fort variables et dépendent du dynamisme de quelques personnes et des moyens financiers qui peuvent être rassemblés (aucune dotation n'étant prévue au niveau national).

Christian DE BOCK  
(Centre d'Information pour l'Education à la Santé)  
Christian KUNSCH  
(Responsable de Formation, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes)  
Jeanine DE RUYCK  
(Secrétaire de l'Entraide Féminine)

## L'Education du patient : un devoir

-----

Le deuxième congrès international pour l'éducation du patient vient de tenir ses assises du 1er au 4 mai à La Haye.

Environ 200 spécialistes de la santé y ont participé, venus des quatre coins du monde, du Ghana à la Nouvelle Zélande, en passant par le Portugal et le Canada. Les délégations les plus nombreuses étaient celles des Etats-Unis, des Pays-Bas et de Grande-Bretagne. Ce fait semble indiquer que la nécessité d'une éducation du patient est ressentie plus fortement dans ces pays que dans le nôtre par exemple.

Le Congrès de La Haye est une manifestation importante dans la mesure où il montre que les professionnels de la santé ne se soucient plus seulement de la qualité technique des soins. Ils sont de plus en plus concernés par la qualité de l'information qu'ils transmettent aux patients.

Un Congrès est un lieu de rencontres fructueuses, il permet des échanges entre gens qui autrement auraient peu de possibilités de discuter ensemble. En plus de ces contacts informels, il y eut à La Haye de très nombreuses communications, regroupées en une dizaine de thèmes généraux, tel le développement de la compétence professionnelle en matière de conseil aux patients, l'adaptation à des maladies de longue durée, l'amélioration de la communication entre médecins et patients. On a beaucoup mis l'accent sur ce dernier point ; sur les défauts de communication qu'on observe trop souvent, mais aussi sur des manières concrètes d'améliorer les choses.

Deux exemples illustreront mieux ces deux aspects d'une même question. Une enquête a été effectuée en milieu hospitalier à Amsterdam pour savoir s'il existe un écart entre les connaissances réelles des patients et les connaissances que le personnel médical leur suppose.

On a demandé aux médecins d'évaluer le nombre de patients qui répondraient correctement à des questions d'anatomie, de physiologie (science des propriétés et des fonctions des organes et des tissus des êtres vivants), sur leurs médicaments et le diagnostic de leur maladie. Le pourcentage de bonnes réponses attendu par les médecins était de 48 %. En fait, 60 % des malades ont donné de bonnes réponses.

On a demandé aussi aux infirmières d'estimer le pourcentage de patients qui répondraient correctement à des questions sur l'hôpital, sur le nom et la spécialité des médecins, les heures de visites, de repas, le règlement intérieur, les services accordés aux patients. Le pourcentage attendu de bonnes réponses était de 60 %, et le pourcentage réel de 57 %.

On peut conclure de cette enquête que les médecins sous-estiment le savoir médical de leurs patients, alors que les infirmières surestiment légèrement leurs connaissances quant au lieu dans lequel ils doivent séjourner. Plus généralement, on peut dire que la moitié des patients environ est bien informée.

Cette enquête donne des résultats qui ne sont pas généralisables. D'autres recherches plus ou moins semblables montrent des différences plus grandes entre le savoir réel des patients et celui que les médecins leur supposent, et on observe souvent une surestimation assez nette des connaissances médicales des patients.

C'est bien de mettre le doigt sur un problème. Mais il ne suffit pas de prendre conscience des difficultés. Encore faut-il trouver des solutions.

Certaines interventions au Congrès de La Haye allaient dans ce sens. Elles se situent donc à un stade plus avancé que les précédentes, et proposent des alternatives pour améliorer les choses, tant au niveau de l'éducation du patient que de la formation des auxiliaires de santé.

Ainsi, un institut universitaire américain a mis sur pied un modèle pratique de formation pour diététiciens. Ce modèle s'articule autour d'un stage de 5 jours, précédé d'une préparation sérieuse, et suivi de travaux à réaliser pendant 4 mois, puis d'une séance de conclusion durant 2 jours.

En étudiant l'action de ces diététiciens sur leurs patients avant et après le stage, il semble qu'il y ait une amélioration dans les comportements diététiques des patients (perte de poids obtenue plus facilement, régimes mieux suivis, etc...).

Ajoutons que cette expérience, comme beaucoup d'autres, est encore trop récente pour qu'on puisse l'évaluer avec toute la rigueur voulue. N'oublions pas en effet que l'éducation du patient est une tâche dont l'importance n'est réellement perçue que depuis peu de temps.

En définitive, l'intérêt fondamental du Congrès de La Haye vient de ce qu'il marque les progrès d'une idée, la responsabilité de plus en plus grande du patient vis-à-vis de sa propre maladie et de son traitement. S'il a pu mieux faire saisir qu'un malade assumant son état est un malade plus fort, mieux armé, le deuxième congrès pour l'éducation du patient aura été positif.

(C.D.B.)

#### L'Enfant dans la ville

-----

La Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale organise dans le cadre de l'Année Internationale de l'Enfant et du Millénaire de Bruxelles, un congrès international qui aura pour thème "l'Enfant dans la ville".

Cette réunion s'adresse principalement aux travailleurs de santé mentale, aux équipes sociales et aux équipes de soins des pays de langue romane.

Ce Congrès aura lieu le 3,4 et 5 octobre.

Pour les journées du 3 et 4 octobre, les participants s'inscrivent dans un des 9 groupes de travail. Le 5 octobre sera consacré à des visites de réalisations pour les enfants.

Durant les trois jours, des films et des montages vidéo concernant les sujets traités dans les groupes seront présentés.

Tous renseignements peuvent être obtenus au secrétariat, rue de Florence 39, 1050 BRUXELLES, Tél. 02/539.03.64 ou 539.03.79. Frais de participation : 2.500 FB pour les professionnels, 1.500 FB pour les étudiants et moins de vingt ans.

(P.D.)

#### Journée mondiale de la santé 1980

-----

L'année prochaine, la journée mondiale de la santé, fixée au 7 avril, sera consacrée aux risques liés à l'usage du tabac. Le thème de cette journée sera :

"Le tabac ou la santé, votre propre choix".

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) veut ainsi mettre l'accent sur le libre choix de chaque individu face à un tel facteur de risque. En effet, le tabac est un des risques que l'individu peut contrôler lui-même.

## NOUVELLES ACQUISITIONS

### A. Matériel Didactique (reçu d'avril à juin 1979)

---

#### *LE TABAC*

Je ne fume plus (Affiche)

Croix Rouge de Belgique

Le fumet oui. La fumée non. (Auto-collant)

Comité National contre le Tabagisme (France)

Je gêne ... Moi ? (Affiche)

Comité National contre le Tabagisme (France)

Poumons enfumés par les mégots. (Affiche)

Comité National contre le Tabagisme (France)

Le saut à la perche. (Affiche)

Comité National contre le Tabagisme (France)

Le fumet oui. La fumée non. (Affiche)

Comité National Contre le Tabagisme (France)

La fumée s'en va ... les goudrons restent. (Affiche)

Comité National contre le Tabagisme (France)

J'ai cessé de fumer et réduit l'alcool. Je vis mieux. (Affiche)

Comité National contre le Tabagisme (France)

Le tabagisme menace notre santé. (Dépliant)

Comité National contre le Tabagisme (France)

Poumons sains. Poumons tabagiques (Tract.)

Comité National contre le Tabagisme (France)

Défense de fumer (Affiche)

Comité National contre le Tabagisme (France)

Propreté, Santé, Sécurité. (Auto-collant)

Comité National contre le Tabagisme (France)

Fumer au volant (Tract.)

Comité National contre le Tabagisme (France)

*HABITUDES ALIMENTAIRES*

Il y a manger ... et manger. (Brochure)

Croix Rouge de Belgique

Nos aliments. (Brochure)

Croix Rouge de Belgique

L'Alimentation (Dias)

Croix Rouge de Belgique

*USAGE D'ALCOOL*

Journée scolaire sur les problèmes de l'alcool et des autres drogues. (Brochure)  
21.11.1978.

Comité National pour l'Etude et la Prévention de l'Alcoolisme et des autres Toxicomanies.

L'Alcoolomane est une malade. (Affiche)

Comité National pour l'Etude et la Prévention de l'Alcoolisme.

L'Alcoolomane cherche la sécurité. (Affiche)

Comité National pour l'Etude et la Prévention de l'Alcoolisme.

Usagers de la route : Danger ! (Affiche)

Comité National d'Etude et de Prévention de l'Alcoolisme.

0,8 - permis de conduire. (Affiche)

Via Secura

Non .... je conduis. (Affiche)

Via Secura

Permis de conduire. (Affiche)

Via Secura

Boire et deboires. (Affiche)

Via Secura

Alcool et autres drogues (Affiche)

Comité National pour l'Etude et la Prévention de l'Alcoolisme.



*SECURITE*

La maison tue plus que la route. (Dépliant)

Croix Rouge de Belgique.

Pour traverser ... (Affiche)

Conseil supérieur de la sécurité routière - Via Secura

Connaissez-vous les 13 infractions graves ? (Affiche)

Via Secura

Rouge clignotant, Stop ! (Affiche)

Via Secura

Vitesse ? Restez-en maître. (Affiche)

Via Secura

Ces lignes vous protègent, respectez-les ! (Affiche)

Via Secura

Dans le doute, jamais ! (Affiche)

Via Secura

Les personnes âgées n'ont pas vos réflexes. Pensez-y. (Affiche)

Via Secura

Rentre sain et sauf. (Affiche)

Via Secura

Concours (Feuillets)

Conseil Supérieur de la Sécurité Routière (Via Secura)

Clic, obligatoire depuis le 01.6.1975 (Affiche)

Via Secura

Ce que votre bras ne peut faire, une ceinture de sécurité le fait. (Affiche)

Via Secura

Piétons d'abord. (Affiche)

Via Secura

Ne roulez pas sur un clou. (Affiche)

Via Secura

Oui, non. (Affiche)

Via Secura

N'enfourchez pas une machine déglinguée (Affiche)

Via Secura)

Sur le chemin de son travail ... ouvrez l'oeil. (Affiche)

Via Secura

Sortez de la grisaille. (Affiche)

Via Secura

Si vous le frôlez, il frôle la mort. (Affiche)

Via Secura

Visibilité ... sécurité. (Affiche)

Via Secura

Comment vont-ils ? (Affiche)

Via Secura

Entraidez-vous..(Affiche)

Via Secura

Ceinture tendue. Sécurité accrue. (Affiche)

Via Secura

Vive les vacances ! Roulez détendu. (Affiche)

Via Secura

Pensez a eux. (Affiche)

Via Secura

Cyclomotoristes ... Pour vivre heureux, vivons casqués. (Affiche)

Via Secura

La vitesse peut gâcher vos vacances. (Affiche)

Via Secura

Il faut briller la nuit. (Affiche)

Via Secura

Cela peut vous arriver partout. (Affiche)

Via Secura

*L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE*

Accueil pour adultes. (Brochure)

Hôpital civil de Charleroi

Accueil pour enfants. (Brochure)

Hôpital civil de Charleroi

*Hygiène*

Chaque jour. (Brochure)

Croix Rouge de Belgique

Ma bouche ... mes dents. (Flanellographe)

Croix Rouge de Belgique

Apprenez à conduire votre brosse à dents. (Dépliant)

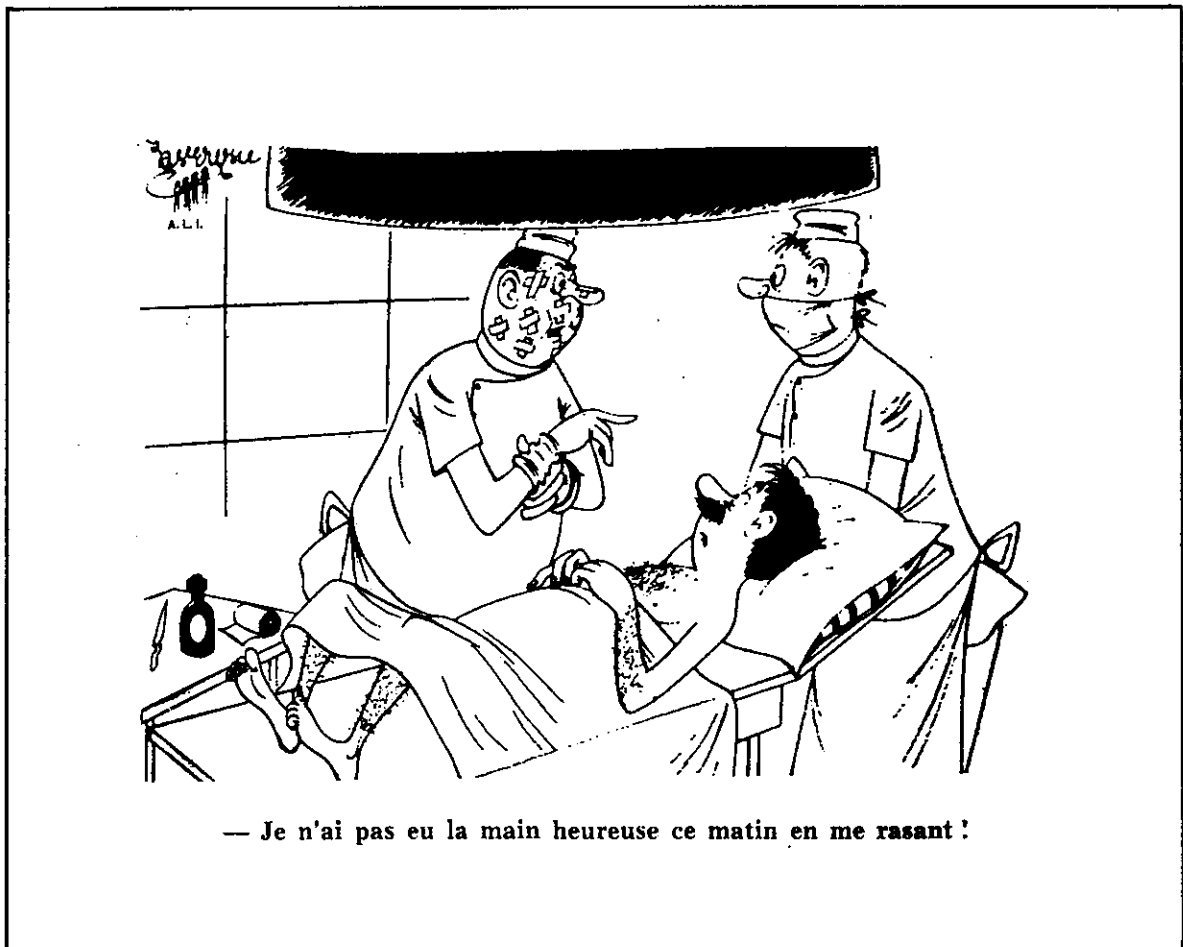
Comite Français d'Education pour la Santé.

Mes dents sont vivantes, je pense à les brosser. (Autocollant)

Comité Français d'Education pour la Santé.

Attention aux poux. (Brochure)

Comité Français d'Education pour la Santé.



B. Livres et Rapports  
-----

DUIVENVOORDEN, Th. Van opnamebeleid naar opnamevoorlichtingsbeleid.  
De Tijdstroom, B.V., Lochem, 1975. 51 blz., 10,21 gulden.

SCHWARZ, R. & HANEVELD, G.T. Leven zonder hoofdpijn en migraine.  
Uitgeverij L.J. Veen, Wageningen, 1977. 160 blz., 265 F.

PETER, B. & GERL, W. Ontspan je zelf.  
Uitgeverij L.J. Veen, Wageningen, 1978. 225 blz., 285 F.

SCHREIBER, H. Blijf de overgang de baas.  
Uitgeverij L.J. Veen, Wageningen, 1978. 224 blz., 315 F.

STREUER, M. Zo leef je gezond.  
Uitgeverij L.J. Veen, Wageningen, 1978. 128 blz., 210 F.

LENNE, R. & HANEVELD, G.T. Niet meer depressief.  
Uitgeverij L.J. Veen, Wageningen, 1977. 166 blz., 265 F.

LAMBOOIJ - CLABBERS, E. Leven zonder kalmeringsmiddelen.  
Uitgeverij L.J. Veen, Wageningen, 1978. 160 blz., 265 F.

De dokter en de dood.  
Wetenschappelijke Vereniging der Vlaamse Huisartsen, 1975, 38 blz., 100 F.

SCHUURMAN, J.H. & DE HAES W.F.L. Voorlichting over geslachtsziekten via de telefoon.  
Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst, Rotterdam, 1977. 101 blz.

SLUYSMANS, C. Vraag niet waarom.  
Teleboek bv, Amsterdam, 1975. 38 blz., 220 F.

HINNEKINT, H. Edukatieve programma's maken.  
Wolters Noordhoff, Groningen, 1977. 202 blz., 308 F.

HOWARD, J. & STRAUSS, A. Humanizing Health Care.  
John Wiley & Sons, New-York & London, 1975. 326 blz., 1009 F.

KAPFERER, J.N. Les chemins de la persuasion.  
Bordas, Paris, 1978. 349 p., 703 F.

DELAFON, E. Ca c'est l'affiche.  
Les presses du Temps Présent, Paris, s.d., 192 p., 72,90 FF.

KLIPHUIS, J.F.J. & SALVERDA, M. Gezondheidskunde voor het L.B.O.  
Uitg. Jacob Dijkstra, Groningen, ongedateerd. 129 blz., 13,95 gulden.

EBERLEIN, G. Gezond door autogene training.  
Uitg. Ankh-Hermes bv., Deventer, 1976. 125 blz., 280 F.

LAWSON-WOOD, D. & J. Vingertop - Tips voor eerste hulp.  
Uitgeverij Ankh-Hermes bv., Deventer, 1976. 80 blz., 124 F.

- GOULD, H. Hoofdpijn en gezondheid.  
Uitgeverij Meulenhoff Informatief, Amsterdam, 1976. 128 blz., 408 F.
- SCHEFLER, A. Lichaamstaal en menselijke relaties.  
Uitgeverij Nelissen, Bloemendaal, 1978. 221 blz., 455 F.
- KATZ, A.H. & BENDER, E.I. (ed.). The Strength in us.  
New Viewpoints Franklin Watts, 1976. 258 blz., 488 F.
- KNOWLES, M.S. The modern Practice of Adult Education.  
Association Press, New York, 1977. 384 blz., 638 F.
- SHAW, C.R. & GRIFFIN CLARK, A. Leven met kanker.  
Uitgeverij Meulenhoff Informatief, Amsterdam, 1973. 192 blz., 485 F.
- JASZMANN, I. De middelbare leeftijd van de man.  
Uitgeverij Van Loghum Slaterus, Deventer, 1978. 224 blz., 435 F.
- MACAULAY BLAIR, D. Allergie.  
Uitgeverij Meulenhoff Informatief, Amsterdam, 1973. 117 blz., 412 F.
- PILGRIM, I. Wat is kanker ?  
Uitgeverij Het Spectrum, Utrecht/Amsterdam, 1976. 200 blz., 306 F.
- HALHUBER, C. & HALHUBER, M.F. Spreekuur thuis : Hartinfarct.  
Uitgeverij Elsevier, Amsterdam, 1978. 132 blz., 235 F.
- METZ, W. Pijn, een teer punt.  
Uitgeverij G.F. Callenbach B.V. Nijkerk, 1975. 127 blz., 365 F.
- SPORKEN, P. Ethiek en gezondheidszorg.  
Uitgeverij Ambo, Baarn, 1977. 296 blz., 530 F.
- Hulpverleners en veranderen. Handboek voor psychisch gezondheids- en welzijnswerk,  
Deel I.  
Uitgeverij Van Loghum Slaterus, Deventer, 1976.
- LEIRMAN, W. & LEIRMAN-FLORIZOONE, A. Gezinservaringen tussen nul en twaalf.  
De Nederlandsche Boekhandel, Antwerpen/Amsterdam, 1978. 120 blz., 280 F.
- JANIS, I.L. & MANN, L. Decision Making.  
The Free Press, New York, 1977. 488 blz., 864 F.
- FUCHS, U.R. Who shall live ?  
Basis Books, New York, 1974. 168 blz., 423 F.
- DE RUITER, F. Androgogie en verpleging.  
Uitgeversmaatschappij De Tijdstroom, Lochem, 1978. 105 blz., 199 F.
- SEHNERT, K.W. How to be your own doctor.  
Grosset & Dunlap, New York, 1976. 353 blz., 469 F.
- BOLLE, K. Mondigheid van de ziekenhuispatiënt. Reeks verpleegkundige studies.  
Deel 24.  
Uitgeversmaatschappij De Tijdstroom, Lochem, 1978. 74 blz., 191 F.

HUYBREGTS, C. e.a. Gezond Gedrag.  
Malmberg, Den Bosch, ongedateerd, Reeks Praxis. 155 blz.

FOCUS OP THUISGEZONDHEIDSZORG. Rapport experiment T.G.Z., 1972-1975. 64 blz.

La revue nouvelle. Pour une politique de la santé mentale.  
Octobre 1973. 400 pages.

MAURY, E.A. Homeopathie juist voor kinderen.  
La Rivière & Voorhoeve, Zwolle, ongedateerd. 155 blz., 232 F.

EIJKMAN, M.A.J. Tandarts en patiëntenvoorlichting.  
Wolters Noordhoff, Groningen, 1979. 189 blz.

Help Yourself.  
The Blue Cross Association, 1978. 92 pages.

CHILDHOOD. A report from your Blue Cross Plan.  
The Blue Cross Association, 1976. 92 pages.

ROSENSTIEHL, A. La naissance.  
Centurion Jeunesse, Le Centurion, Paris, 1977. 46 pages, 208 F.

WEISS, C.H. Evaluation research.  
Printice-Hall, inc. New Jersey, 1972. 160 blz., 391 F.

BOGART, L. La stratégie publicitaire.  
Les Editions d'organisation, Paris, 1971. 400 pages, 1028 F.

JURY, M. & D. Een man wordt oud en sterft. Cahiers Ouderdom en Levensloop.  
Van Loghum Slaterus, Deventer, 1978. 173 blz., 420 F.

VAN DER VALK, A. Ervaringen voor en na een borstamputatie.  
De Nederlandsche Boekhandel, Antwerpen, 1979. 115 blz., 270 F.

MIRABAIL, M. La débilité mentale de l'enfant.  
Privat Editeur, Toulouse, Collection Educateurs, 1979. 328 pages, 68 FF.

ISRAEL, L. Le cancer aujourd'hui.  
Editions Bernard Grasset, Paris, 1976. 344 pages, 378 F.

VAN DEN BAN, A.W. Inleiding tot de voorlichtingskunde.  
Uitgeverij Boom, Meppel, 1977. 256 blz., 391 F.

Discussienota.  
Commissie Alternatieve Geneeswijzen, juni 1978. 22 blz.

VAN DUYN, P. & VISSER, M.B.H. & BOSCH, L. & VAN MARREWIJK, G.A.M. & DE VRIES, A.P.H. & BREEUWSMA, A.J. & SYBESMA, W. Leven op maat. Cahiers Bio-Wetenschappen en Maatschappij.

Uitgeverij Van Loghum-Slaterus bv., Deventer, 1975.

VAN MELSEN, A.G.M. & VAN ZEBEN, W. & VAN BEKKUM, D.W. & DUKES, M.N.G. & VISSER, M.B.H. Ethiek. Cahiers Bio-Wetenschappen en Maatschappij.

Uitgeverij Van Loghum-Slaterus, bv., Deventer, 1976.

BACKER DIRKS, O. & 'S GRAVENMADE, E.J. & VAN DEN HOFF, A. & VERBRUCH, H.S. & LEENEN, H.J.J. & ABMA, E. Fluoridering kiezen of trekken. Cahiers Bio-Wetenschappen en Maatschappij.

Uitgeverij Van Loghum-Slaterus bv., Deventer, 1978.

MULDER, W.G. & VAN REE, J.M. & PHILIPSEN, H. & MULDER, H.C. & BOULOGNE, H.F. & GEERLINGS, P.J. Verslaving. Cahiers Bio-Wetenschappen en Maatschappij.

Uitgeverij Van Loghum-Slaterus, bv., Deventer, 1976.

DE BONT, H. & HAGENDOORN, J. & OTTEN, A. & PRINSEN, B. & WARDEKKER, B. Preventie in de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Wolters-Noordhoff, Groningen, 1978.

AUJOULAT, L.P. Une Education sanitaire pour l'Afrique.

Editions Nouvelles et Impressions, Paris, 1967.

MARIVOET, M. & CLAEYS, U. Sociale determinanten van het sportgedrag bij de jeugd.

Sociologisch Onderzoeksinstituut K.U. Leuven, 1975.

KEIRSE, M. & PEËRS, J. Patiëntenbegeleiding als een georganizeerde ziekenhuisdienst.

Uitgeverij Acco, Leuven, 1977.

Het Ziekenhuis. Reeks "Kinderen vragen".

Schuyt & Co N.V., Haarlem/Antwerpen, ongedateerd.

VEENEKLAAS, G.M.H. & SCHWEIZER, A.T. e.a. Perspektieven in de psychosociale zorg van het zieke kind.

Uitgeverij Van Loghum-Slaterus, Deventer, 1978.

DE VOLDERE, J. Leven zonder rugklachten.

Uitgeverij De Nederlandsche Boekhandel, Antwerpen, 1978.

MULLER, R. Gezondheid door juiste voeding 1.

Uitgeverij Vanden Broele, Brugge, 1978.

MULLER, R. Gezondheid door juiste voeding 2.

Uitgeverij Vanden Broele, Brugge, 1978.

LINDEMANN, H. Leven zonder stress.

Uitgeverij L.J. Veen B.V., Wageningen, 1975.

LINDEMANN, H. Leven zonder stress.

Uitgeverij L.J. Veen B.V., Wageningen, 1976.

ANSOMS, S. & BOLLEN, N. & DRIESENS, J. Alkoholisme. Als de kringloop draaikolk wordt.

Uitgeverij De Nederlandsche Boekhandel, Antwerpen/Amsterdam, 1978.

TRIMBOS, K. Mensen met Kanker.

Van Loghum Slaterus, Deventer, 1978. 159 blz., 310 F.

WAPLES SMITH, G. Getroffen door een beroerte, een hele zorg.

De Tijdstroom, Lochem, 1978. 142 blz., 22,27 gulden.

Guide du Cardiaque.

Fondation Nationale de Cardiologie, Coeur et Santé, Paris, 1979. 240 pages, 30 FF.

STRAX, P. Bijtijds ontdekt. Borstkanker kan genezen worden.

Van Loghum Slaterus, Deventer, 1977. 86 blz., 250 F.

STUART, R.B. & DAVIS, B. Gedragslijnen.

Van Loghum Slaterus, Deventer, 1977. 104 blz., 250 F.

ROSEN, G.M. Niet bang zijn.

Van Loghum Slaterus, Deventer, 1978. 125 blz., 320 F.

FLESCHE, R. Helder schrijven, spreken en denken.

Van Loghum Slaterus, Deventer, 1977. 322 blz., 595 F.

APPELS, K. Simulatiespelen.

Van Loghum Slaterus, Deventer, 1974. 200 blz., 435 F.

STICHTING BIERKAAI. Werkboek welzijnsmarketing.

Van Loghum Slaterus, Deventer, 1977. 156 blz., 350 F.

SINKE, J.F. Agologisch denken en sociale context.

Van Loghum Slaterus, Deventer, 1974. 467 blz., 700 F.

GROFFEN, W. & AUKES, L. In overleg met de patiënt.

Van Loghum Slaterus, Deventer, 1979. 94 blz., 200 F.

TOUSSAINT, J.D. Ziekte als lot en kans. Aanleg, voorkoming en therapie van kanker.

Uitgeverij Ankh - Hermes bv. Deventer, 1972. 254 blz., 330 F.

HANSEN, P.J. Hypnose in de praktijk.

Uitgeverij Ankh - Hermes bv, Deventer, 1977. 165 blz., 448 F.

EDUCATION-SANTE s'adresse aux responsables qui, au Sein des mouvements chrétiens, cherchent des champs d'action concrets pour l'éducation à la santé.

L'objectif d'EDUCATION-SANTE est de tenir ce public au courant des idées, revues, livres, matériels didactiques, projets, mouvements et conceptions nouvelles dans le domaine de l'éducation sanitaire.

On peut obtenir des renseignements complémentaires aux articles d'EDUCATION-SANTE : en écrivant ou en téléphonant au : Centre d'Information pour l'Education à la Santé, rue de la Loi 121, 1040 BRUXELLES. Tél. 02/735.80.80 (postes 244 ou 112) en consultant sur place la documentation disponible. Le Centre est ouvert du lundi au vendredi de 9 h à 12 h 30' et de 14 h à 16 h.

Editeur responsable : Dr. L.G. VAN PARIJS (L.V.P.)

Secrétariat de Rédaction : Paulette D'HUYVETTER (P.D.)  
Christian DE BOCK (C.D.B.)