

EDUCATION bulletin trimestriel d'infor santé n°19 mai 1984

SANTÉ

"Chaque fois que tu peux guérir avec les aliments, n'emploie pas les médicaments et chaque fois que tu peux prescrire un médicament simple n'emploie pas un médicament composé".

Abu Bakr Er Razi, IXe - Xe siècles

dans ce numéro :

REFLEXIONS

- Autogestion de la santé p. 3
Comment organiser l'éducation pour la santé ? p. 11

INITIATIVES

- Evaluation de la campagne antibiotiques p. 16
La mutualité en audiovisuel p. 23
Ma grossesse au fil des jours p. 25

MATERIEL

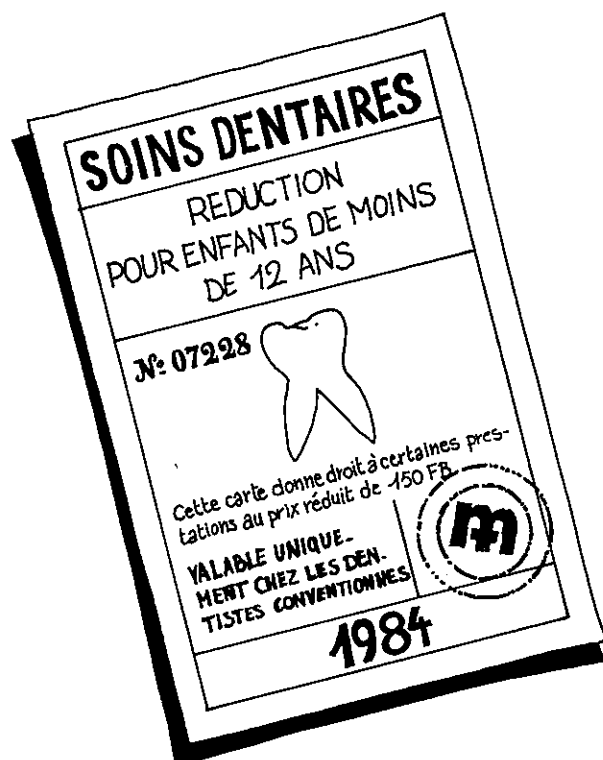
- Le bon usage des médicaments p. 28

LU POUR VOUS

- Love, Love c'est vite dit p. 31
La révolution du sommeil p. 31

en p.28

les soins dentaires
moins chers
pour les enfants



EDITO

Relancé au début de l'an dernier, le Comité de Coordination Anti-Tabac assure actuellement le suivi des nombreuses demandes de documentation suscitées par la campagne menée à l'initiative du Ministre Urbain ; il a prévu un plan d'action systématique pour les 5 prochaines années. Mais la convention signée avec le même Ministre a pris fin avec l'année 1983 et le Comité doit s'endetter pour pouvoir subvenir au salaire de son personnel, en attendant le renouvellement de sa convention.

Une autre ASBL, Educa-Santé, emploie 3 personnes. Sa dernière convention, portant sur 9 mois au lieu d'un an auparavant, vient à son terme à la fin du mois de mai. Faut-il donner son préavis au personnel ou compter fermement sur la convention promise ? Et celle-ci durera-t-elle 6, 9 ou 12 mois ?

Il existe de nombreuses ASBL créées récemment à l'initiative et/ou avec le soutien de la Communauté française. Elles vivent, vivent, ou survivent grâce à de maigres subsides.

Les Mutualités Chrétiennes n'ont jamais manifesté d'enthousiasme face à la multiplication de ces ASBL centrées sur un thème précis qui, au départ, ne disposent d'aucune base sociale, d'aucune infrastructure, d'aucun moyen de contact avec le public.

Cependant, ces associations une fois créées, les Mutualités Chrétiennes ne les ont pas boudées : elles y envoient des représentants qui y participent activement.

Mais que chacun prenne ses responsabilités : ceux qui ont eu l'initiative de créer ces multiples structures de coordination doivent à présent leur garantir les moyens non seulement d'exister, mais aussi d'exercer leur mission coordinatrice.

Les responsables de ces ASBL pourront alors consacrer leur temps à l'éducation pour la santé plutôt qu'à la recherche de bouts de ficelles pour clôturer leurs budgets.

Si on ne peut garantir à ces ASBL les moyens indispensables à leur travail, que leurs missions soient alors confiées à des organismes, publics ou privés, qui disposent des fonds de roulement indispensables pour assurer la continuité de l'action.

On trouvera dans ce numéro un article qui tente de présenter la complexité des structures actuelles et propose une alternative réaliste. Nous serons heureux d'accueillir dans nos colonnes les réactions qu'il pourra peut-être susciter.

10.04.84.

AUTOGESTION DE LA SANTE

Dans le domaine médical, les technologies prennent une importance croissante quel que soit le niveau d'intervention, l'individu, le médecin ou l'hôpital. Excepté quelques débats (maîtrise de la reproduction avec les techniques d'interruption volontaire de la grossesse, de l'insémination artificielle, de la fécondation in vitro, du diagnostic prénatal, etc. ; maîtrise de la mort avec les techniques de soins intensifs ; planification des équipements biomédicaux lourds comme les scanners, gamma caméras, etc.), la technologisation de la médecine n'a suscité ni vraies discussions ni nouvelles pratiques dans le sens d'une autonomie véritable, tant individuelle que collective. Or, la tendance à médicaliser le corps et la santé se poursuit, suivie de plus en plus près par une approche technologique de la pratique médicale. Cette tendance va aboutir dans les années à venir à encore plus de lourdes technologies (scanners à résonance magnétique nucléaire, scanners par émission de positrons), à encore plus de moyens techniques d'intervention (développement des endoscopes et intégration à une microchirurgie par laser, développement du monitoring obstétrical, etc.) à l'information croissante de tous les processus diagnostics, thérapeutiques et à leur intégration, à la mise au point et à la diffusion de technologies miniaturisées, pour le médecin et pour le patient.

Dans ce contexte, il devient vraiment nécessaire de réfléchir à la place qu'occupe le patient, à son rôle et à son pouvoir. Le débat sur la maîtrise de la mort est éclairant à ce propos puisque nous en sommes arrivés, il y a quelques années (depuis, heureusement, il y a eu une prise de conscience et un changement d'attitude), à maintenir en vie, jusqu'au bout des possibilités techniques, des personnes dont les désirs n'étaient pas pris en considération. C'est le cas notamment de cet homme hospitalisé dans un service de réanimation qui, ne pouvant plus supporter cet état, avait arraché les électrodes et les tubulures. Deux infirmières arrivèrent pour le maîtriser. Il s'en dégagea en retournant la situation ; il les tenait par les poignets en disant "c'est ainsi que je veux mourir". Les médecins arrivés aussitôt rebranchèrent tous les appareils. L'homme mourut quelques semaines plus tard, seul, parmi les appareils.

La question qui va nous retenir ici ne concerne qu'une partie de la problématique. Il ne s'agit pas de revendiquer l'autogestion ou le contrôle, par les patients, des technologies mises en oeuvre, même si cet aspect, comme nous venons de le voir, est d'une importance capitale. Il s'agit plutôt de se demander si l'autogestion des technologies de la santé suffit à la réalisation d'une autonomie véritable, en l'occurrence d'une autogestion de sa santé. Est-ce que la maîtrise ou le contrôle des processus technologiques suffit pour qu'il y ait autogestion ?

Dans la première partie de ce texte, nous parcourrons brièvement le champ de la santé en révélant l'immensité du problème pour nous centrer, dans les parties suivantes, sur une dimension particulière de l'autogestion des technologies de la santé : le champ de l'autodiagnostic et de l'autotraitement.

Les niveaux dans l'autogestion de la santé.

Quatre niveaux peuvent être distingués pour cette analyse, à savoir : *l'individu, la relation médecin et malade, l'hôpital et la société.* Au premier niveau, celui de l'individu, nous développerons les quatre aspects requis pour qu'il y ait autogestion de sa santé.

Le premier niveau dans l'autogestion de la santé, c'est celui de l'individu lui-même.

L'individu est, en droit, propriétaire de son propre corps. C'est une condition sine qua non pour qu'il puisse y avoir autogestion. Mais, en fait, en est-il bien ainsi ? En regardant de plus près, il apparaît, notamment, que l'individu est pris dans un tissu biologique, psychologique et social. Au niveau de chacune de ces dimensions, il y a un aspect de non-possession, de non-propriété intégrale de soi, tout au moins si l'individu ne se réapproprie pas ces dimensions qui le constituent. Au niveau biologique, il apparaît que même s'il est unique, l'individu est fondamentalement constitué par un héritage génétique sur lequel il n'a, jusqu'à aujourd'hui, pas de prise. Il y a une dimension de lui-même qui lui échappe. Ce peut être sans conséquence s'il se réassume, s'il se reprend, si, à partir de cet héritage qui le fait exister et en même temps le limite, il exprime sa personne. Une réflexion analogue peut être posée aux niveaux psychologique et social. L'individu, né dans un milieu familial donné, peut vivre son corps comme n'étant pas totalement à lui, comme étant aussi la propriété d'un ou plusieurs de ses parents.

De même, dans certaines sociétés, la propriété de son propre corps est minimisée au profit de la société elle-même. Le corps fait partie du cycle de la vie de cette société. Il n'y a plus d'individus, il y a une société composée de corps biologiques. Pour qu'il y ait autonomie au niveau de l'individu, il faut que ces trois dimensions soient réassumées.

La propriété du corps n'est pas la seule condition de possibilité de l'autogestion. Il faut en outre que l'individu soit maître de ce qu'il veut faire de ce corps. Et là, l'autogestion est fortement menacée. Si la propriété de son propre corps par l'individu est quasi évidente, il n'en est plus de même des modèles, des **objectifs**. **Je ne peux pas faire ce que je veux de mon propre corps**. Par exemple, dans notre société, je ne peux pas me suicider, même si j'en ai l'envie ; je ne peux pas demander qu'on débranche les appareils pour mourir en paix ; je ne peux pas éliminer le foetus qui croît dans mon ventre (mais s'agit-il encore ici de mon corps ?). Plus généralement, c'est la problématique de la distinction normal-pathologique. Qui détermine ce qui est normal ? Ai-je le droit de ne pas vouloir le devenir ? Ai-je le droit d'être autrement (par exemple, de ne pas être mince si je suis une femme) ? Les modèles auxquels nous devons nous conformer, nous ne les choisissons que rarement, parfois ils sont imposés, généralement, nous ne les maîtrisons pas. Dans ce cadre, une véritable autogestion individuelle est menacée. On remarque en outre que cette autogestion doit aussi être sociale car la transmission des modèles possibles passera toujours nécessairement par la société.

Une troisième condition de possibilité pour une véritable autogestion de sa santé réside dans les moyens maîtrisables par l'individu. Ces moyens sont des connaissances, des savoir-faire et des technologies. Au niveau des connaissances, une première limitation réside dans le fait que l'individu n'a pas de formation médicale ni importante ni appropriée. Déjà rien qu'au niveau de la reconnaissance d'un symptôme et de l'attribution à celui-ci d'un coefficient de gravité, il y a de nombreux facteurs en interaction : la connaissance, l'intérêt porté au corps, la signification vécue, le milieu social et professionnel.

A un autre niveau, celui des moyens diagnostics et de traitement, la

personne d'une part ne dispose pas des moyens techniques ni des capacités ad hoc, d'autre part, toute une série de ces moyens sont réglementés (par exemple : l'utilisation de certains médicaments, la réalisation de certains actes techniques). La maîtrise de l'individu sur les moyens à sa disposition est également entamée par la pression de son entourage, famille, collègues, notamment au niveau de la décision d'aller consulter un médecin, de suivre une thérapie parallèle, d'interrompre un traitement, etc.

La dernière condition de possibilité pour une véritable autonomie dans sa santé, c'est la maîtrise de la finalité ultime de ce processus. S'agit-il uniquement de se sentir bien dans sa peau ? Ou au contraire, y a-t-il d'autres finalités : intégration sociale et professionnelle, conformité à un groupe et à la norme de ce groupe (c'est-à-dire une hétéronomie contraire à l'autonomie), etc.

Il ressort de cet examen que l'autonomie dans sa santé est fortement menacée, déjà rien qu'au niveau individuel. Elle n'en est pas pour autant exclue. L'autonomie n'est pas tant un état qu'un processus par lequel on devient autonome, dans lequel on se reprend, on se réassume, on remplace progressivement la loi de l'autre (hétéronomie) par la sienne (autonomie), même si dans son contenu elle peut être la même.

Une analyse similaire pourrait être effectuée aux autres niveaux. Nous en jetterons ici seulement les grandes lignes.

Au niveau de la relation médecin-malade, une autogestion de sa santé serait un processus de négociation entre deux individus tendant chacun à leur autonomie, sans aliéner l'autre. Le patient est totalement aliéné, si, une fois entré dans le cabinet médical, il n'a plus la maîtrise de sa santé jusqu'à la fin de la visite. Réciproquement, le médecin est aliéné s'il est réduit à un simple moyen, à

un agent technique parmi d'autres à la disposition du patient. Un dialogue autonome de part et d'autre est possible, mais les sources d'hétéronomie sont nombreuses. Le patient peut perdre la propriété de son corps ; il est dans ce cas un objet dans les mains d'un autre. Cette situation est fréquente ; elle s'exprime par de nombreux détails. Par exemple, il est fréquent que le médecin fasse se déshabiller partiellement la personne, la fasse s'étendre sur le lit d'examen. Dans une telle situation (encore plus extrême en gynécologie), la personne est totalement démunie, dépossédée de ses moyens, mise en infériorité, par rapport à cette autre personne, debout et bien habillée. Les médecins n'y prêtent pas toujours attention.

Pour plus d'autonomie, par exemple, le médecin pourrait veiller à ce que le dialogue soit distinct de l'examen, et ait lieu entre deux personnes habillées et en situation symétrique. Ceci pour la propriété du corps. Pour les objectifs à atteindre, généralement ce n'est ni le patient, ni même le médecin qui les fixent. Ils viennent de l'environnement social d'une part, et de la formation et de la littérature médicales d'autre part. La réalisation effective dépend des moyens financiers (moins chez nous grâce à la sécurité sociale), des technologies disponibles, de la réglementation de la pratique, etc. La finalité, du côté du médecin, peut être pécuniaire, sociale, caritative ou, parfois, un véritable souci d'autonomie du patient.

Au niveau de l'hôpital, les deux niveaux précédents sont toujours présents (autogestion individuelle, relation médecin ou personnel hospitalier - malade). Mais une troisième dimension apparaît, celle d'une autonomie sociale, de l'ensemble des malades au sein de l'hôpital, de l'ensemble malades, personnel, médecins en tant que formant un groupe. Les risques d'hétéronomie sont nombreux : les malades considérés ou se vivant comme des objets ; les objectifs déterminés par l'hôpital à l'insu

des malades ; les moyens techniques sur lesquels les patients n'ont pas de maîtrise ; la finalité de l'hôpital qui est parfois très différente de ce qu'attend le patient. Une autogestion de la santé des malades par eux-mêmes est quasi nulle dans ce contexte. Notons qu'au sein de l'hôpital, une autre dimension consiste en l'autogestion de l'hôpital par le personnel. Nous n'abordons pas cette question.

Enfin, au niveau de *la société*, y a-t-il autogestion de "la santé" par la population ? C'est ici la question de l'autonomie dans toutes ses dimensions, individuelle et sociale, la propriété des corps, la détermination des objectifs, le choix des moyens et surtout, question fondamentale de la politique et toujours écartée, la finalité. La société n'est pas vraiment autonome, elle est aliénée à ses institutions plutôt que celles-ci ne soient l'expression de celle-là.

Pour répondre à notre question de départ, est-ce que l'autogestion des technologies de la santé suffit à la réalisation d'une autonomie véritable, il serait possible d'analyser chacun des niveaux développés ci-dessus. C'est une tâche considérable, aussi serons-nous contraints de limiter l'investigation à un seul. Nous avons choisi le premier niveau, celui de l'autogestion de sa santé par l'individu. Il y a déjà là une certaine autogestion des technologies de la santé possible, contrairement notamment à ce qui se passe dans l'hôpital où l'on voit difficilement le pouvoir des patients sur le processus technologique. Le patient commence à pouvoir disposer de moyens techniques d'autodiagnostic et d'autotraitement. Il peut de plus en plus gérer sa santé. C'est en outre la substance d'un discours de plus en plus diffusé : gérer soi-même sa santé grâce aux nouvelles possibilités technologiques. Le résultat de cette analyse devrait être valable aux niveaux du médecin, de l'hôpital, de la politique de la santé si les patients avaient de réelles possibilités pour intervenir dans la gestion.

Autodiagnostic et autotraitement.

Reprenons les 4 conditions pour qu'il y ait véritablement autonomie dans sa santé. Il s'agissait respectivement de la propriété de son propre corps, de la maîtrise des objectifs et modèles, de la maîtrise des moyens et de la maîtrise de la finalité. Pour la première et la dernière condition, nous renvoyons le lecteur aux pages précédentes. Ne seront développées ici que les possibilités technologiques et le rôle des modèles.

A chacun son tensiomètre ...

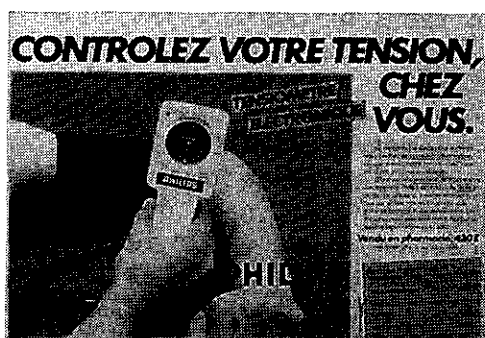
Quels sont les moyens dont dispose le patient ? Il peut bien sûr décider de consulter un médecin, tel médecin, tel spécialiste, telle médecine parallèle ou se traiter lui-même. Il reste libre de se traiter lui-même, même après la visite chez le médecin.

Par exemple, il peut ne pas acheter tous les médicaments prescrits : "ça m'arrive d'aller chez le pharmacien et de ne pas tout prendre ... je prendrai le truc de fond et le reste je ne le prendrai pas". Ce problème a retenu l'attention de l'industrie pharmaceutique qui y voyait un manque à gagner considérable. Il peut ne pas suivre le traitement prescrit ou l'abandonner après quelques temps. C'est le problème que les anglo-saxons appellent de "compliance".

Si le patient peut ne pas suivre un traitement, il peut s'en prescrire un lui-même. C'est ce qu'on appelle l'auto-médication. Celle-ci est possible de trois façons : soit en utilisant les médicaments en vente libre en pharmacie, soit en utilisant les restes de médicaments d'une prescription antérieure, soit en utilisant des produits non reconnus comme médicaments. On a pu estimer, par exemple, que les médicaments non prescrits représentent 1/3 du volume de la consommation pharmaceutique. Il s'agit essentiellement d'antalgiques (anti-douleurs, aspirine notamment), de thérapeutiques de l'appareil respiratoire (rhumes, toux, etc.) et

celles de l'appareil digestif (diarrhées notamment).

Si l'automédication pour une diarrhée ou une toux peut être considérée comme un début de prise en charge de soi-même, l'utilisation fréquente d'anti-douleurs soulève des questions essentielles sur la bonne gestion de la santé. L'aspirine est un passe-partout, utilisée en maintes occasions, pour mater la douleur dès que les organes sortent de leur silence. La question fondamentale ici est celle du rapport de la personne à son propre corps.



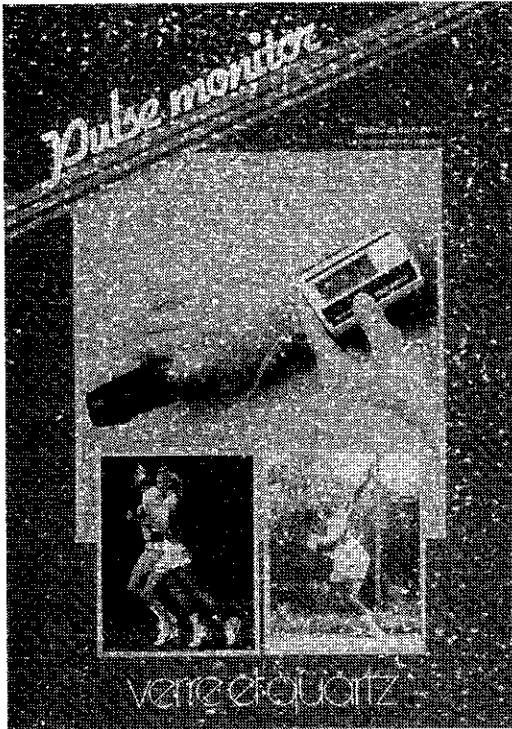
deux exemples d'appareils de contrôle proposés au grand public : le tensiomètre individuel ...

Au niveau du diagnostic, depuis longtemps déjà, les familles disposent de thermomètres à mercure pour surveiller la température et d'une balance pour contrôler le poids. Aujourd'hui, sont commercialisés des thermomètres électroniques (thermocouple) à lecture instantanée. Plus sophistiqué, le "Bioself" : cet appareil est composé d'un thermomètre électronique relié à un mini-ordinateur qui étudie les courbes de température et calcule un "degré de fertilité" à condition que la femme prenne chaque jour sa température. Le tensiomètre et le stéthoscope, parfois associés en un seul instrument, ont connu récemment un début de commercialisation auprès des patients. Progressivement, ce sont des tensiomètres électroniques, avec lecture automatique de la pression en systole et en diastole. Autre instrument, le

moniteur de pouls : il ressemble à une grosse montre reliée à un détecteur au bout du doigt (mesure photo-électronique) ou sur la poitrine (électrocardiographie de l'Onde R). Ce sont surtout les adeptes du jogging qui sont concernés. Une multitude d'autres appareils sont sur la même voie : miniaturisation des appareils d'électrocardiographie avec interprétation des enregistrements, programmes de protocoles d'interrogatoire psychiatrique pour mini-ordinateur, mini-électro-encéphalogramme pour contrôler le calme mental, etc. Récemment ont été mises au point des "montres" munies de microprocesseurs enregistrant les mouvements du bras. Placés chez des enfants, elles permettent de déterminer les besoins en sommeil. Sous peu, on peut s'attendre à voir commercialiser des instruments de ce genre. Une autre "montre" permet de calculer le nombre de calories brûlées au moindre effort. D'autre part, on commence à trouver de plus en plus de tests en kit. Les tests de grossesse sont déjà bien connus. N'ayant besoin que d'un peu d'urine, d'une goutte de sang prélevée au bout du doigt, d'un fragment de peau, d'un cheveu ou d'un frotti de muqueuse (buccale ou vaginale), ces tests permettront aux gens de contrôler leur taux de glycémie, le stade dans le cycle de reproduction, la présence d'une infection urinaire ou vaginale, la détection de maladies transmissibles sexuellement, de l'état ionique du sang, etc. Ces laboratoires d'analyse de poche viendront s'ajouter à l'électroménager.

Au niveau thérapeutique, excepté les médicaments, il n'y a quasi rien. Quelques appareils de physiothérapie pour soulager les rhumatismes, quelques appareils par ultrasons pour micromassages sont commercialisés. Des analgésiques électroniques (petits appareils émettant des impulsions électriques, annulant les signaux douloureux au travers d'une petite électrode) sont largement commercialisés au Japon notamment.

Un type de produit susceptible de court-circuiter le médecin vient d'être lancé sur le marché, c'est un kit d'analyse permettant de détecter certaines infections urinaires et vaginales, associé au médicament ad hoc pour les cas de réponses positives du test.



... et le moniteur de pouls

Le domaine de l'autodiagnostic et de l'autotraitement est appelé à se développer considérablement. Deux freins existent cependant: d'une part, leur coût élevé, d'autre part, un manque de préparation de l'imaginaire des gens les rendant demandeurs de tels produits.

... pour rester dans la norme.

Pour vérifier si l'autogestion des technologies de la santé est une condition suffisante pour une véritable autonomie dans sa santé, le contexte dans lequel apparaissent ces techniques doit être examiné. Il y a essentiellement deux aspects à retenir: le fond imaginaire individuel et social, les enjeux économiques.

Voyons le second. Depuis l'avènement des microprocesseurs, des recherches sont faites tout azimut afin de lancer de nouveaux produits de consommation. De même, les biotechnologies, particulièrement la maîtrise des technologies enzymatiques, permet la mise au point de tests faciles et fiables. Dans un secteur où tous les individus sont acheteurs potentiels, car aucun n'est indifférent en ce qui concerne la santé, les enjeux économiques sont considérables. Des marchés spécifiques peuvent être délimités: les sportifs, notamment ceux qui pratiquent le jogging et l'aérobic, pour les moniteurs de pouls; les femmes en âge de reproduction pour les tests de fertilité; les nombreux malades cardio-vasculaires de nos pays pour les tensiomètres et stéthoscopes électroniques; les tests pour infection de la gorge, du vagin ou du système urinaire; des tests pour les maladies épidermiques, etc. Les fabricants d'électroménagers, dont la vente de mixer et de percolateur s'esoufle, se positionnent lentement. Ils disposent d'un réseau de distribution manquant aux industries biomédicales.

Progressivement, des publicités apparaissent çà et là: "Pulse monitor PU-11, le compagnon du joggeur", "surveillez vous-même votre tension", "surveillez votre tension chez vous", "... lorsque les muscles dorment, la graisse se réveille! Electrogym réveille les muscles!". Des revues et magazines grand public comme "VITAL, le magazine de la forme et de la santé" parlent de ces nouvelles possibilités.

Le fond imaginaire individuel et social constitue le substrat à partir duquel les gens seront preneurs ou pas de l'autodiagnostic et de l'autotraitement. Il y a une résistance considérable de la part des médecins; ceux-ci se sentent menacés. Les industriels ont bien compris que sans les médecins, le tensiomètre électronique par exemple, ne se diffusera que très diffici-

lement, les résistances sont encore trop grandes.

Ces derniers pourraient cependant récupérer à leur avantage cette diffusion technologique, par exemple en invitant le patient à surveiller sa tension et à revenir dès qu'elle dépasse telle valeur déterminée par le médecin ou par l'appareil.

Néanmoins, ces instruments se situent au point de convergence de plusieurs tendances idéologiques très présentes.

Le mythe de la technique et du progrès continue de fonctionner, même s'il est entamé par un mouvement de contestation appelant à un retour à la nature, à la spontanéité et aux relations courtes. Justement, ce même mouvement a magnifié le petit, "small is beautiful". L'électronique, l'informatique, les réactifs secs et les enzymes permettent une technologie miniaturisée, intégrable à la vie normale, facilement dissimulable au besoin. Par ailleurs, le corps est aujourd'hui beaucoup plus valorisé qu'autrefois : hygiène, beauté, bon fonctionnement des organes, poids, sports, etc. Enfin, la contestation de la société et des grands systèmes, Etats, grandes sociétés, grandes organisations, a renforcé l'individualisation.

Ce qui est plus intéressant encore, ce n'est pas de voir ce qui permet un tel développement ou ce qui le freine, c'est de voir les modèles qui y sont associés. En effet, la technologie n'est pas vendue seule, dénudée, dans sa technicité même. Elle est chargée de représentations et de valeurs. La balance n'a son sens que si elle est accompagnée d'un modèle ou d'une norme de poids : rester ou devenir mince, pour notre époque. Le "moniteur de pouls" s'inscrit sur un fond imaginaire où l'homme idéal doit être sportif, équilibré et relax. Le tensiomètre est associé à une société où les maladies cardio-vasculaires sont de plus en plus soupçonnées et culpabilisées. Les technologies de maîtrise de la reproduction vont de pair avec une conception déterminée de la famille

(rejet des familles nombreuses) et surtout avec un esprit de planification (du nombre d'enfants, de leur naissance, de leur sexe, de leur éducation, etc.). Aucune technologie n'est pure technique. Elle n'est concevable et utilisable que si notre fond imaginaire est préparé à la recevoir. Et d'autre part, elle transforme ce fond imaginaire en renforçant certaines tendances, en en effaçant d'autres, en en faisant apparaître de nouvelles.

L'autogestion des technologies de santé et l'autonomie.

Est-ce qu'une maîtrise des technologies de la santé, par l'individu, à son niveau, suffit pour qu'il y ait véritable gestion autonome de sa santé ? Suffit-il de maîtriser l'outil ? En fait, cette maîtrise de l'outil ne correspond qu'à une seule des trois conditions de possibilité d'une véritable autonomie. L'autonomie n'est pas un état, c'est un processus par lequel nous nous réapproprions ce qui vient d'ailleurs. Dans ce cadre là, la maîtrise des moyens tend effectivement à plus d'autonomie. Cependant, il y a trois autres conditions : la propriété de son propre corps, le choix et la maîtrise des modèles vers lesquels ils tendront, renforce la problématique.

Pour une véritable autogestion de la santé, il faudrait maîtriser les modèles. Or, ceux-ci ne sont plus distincts de la technologie. Il n'est plus possible de concevoir l'instrument d'une part et le modèle de l'autre. Le modèle est pris, inscrit dans la matérialité, dans la conception de l'instrument. Dans certains instruments, ce n'est pas seulement un modèle associé, c'est une norme précise, par exemple les limites d'une tension normale. Le lien de la norme à l'instrument est beaucoup plus étroit que quand il passait par le médecin avec qui il était possible de négocier et de tenir compte de la variabilité individuelle. Ces normes, ou ces modèles, le patient ne les maîtrise pas, il les reçoit avec l'appareil. Comment alors

s'autogérer, s'autonormer uniquement en ayant une bonne connaissance et un bon savoir-faire de l'instrument ? C'est impossible. Ce l'est d'autant plus que l'utilisateur ne sait pas qu'il y a une norme, un modèle, un imaginaire vendu avec l'appareil. Il découvrira alors un nouveau malaise : celui d'être en dehors des normes indiquées par l'appareil (voir encadré).

Le patient, s'il veut plus d'autonomie, doit apprendre non seulement à choisir ses techniques, se les approprier, en maîtriser les possibilités et les limites mais aussi choisir, se réapproprier et réassumer les modèles qu'il reçoit, il doit en prendre conscience. Il y a non seulement à prendre conscience des modèles véhiculés par les instruments ; il y a en outre à prendre conscience de ses propres désirs les plus profonds et à ce que ce soit ceux-ci ses modèles. Il y posera ses

"La surveillance implique la mesure d'un écart à la normalité, une dénonciation du mal. C'est donc le lieu de l'élaboration d'un nouveau mal. Jusqu'ici, le normal est flou, intuitif, subjectif ; il devient quantitatif, déductif, objectif. Quand le profil de vie normal s'insinue dans les protocoles d'interprétation des autosurveilleurs, il définit le mal comme un écart aux normes de comportement - nourriture, travail, sexualité - un écart aux normes de la physiologie, voire un écart aux normes génétiques.

Le Bien n'est plus l'harmonie avec les Dieux, ni l'équilibre des forces, ni la propreté, mais le comportement normalisé. Le Mal n'est plus le péché, le pauvre ou le microbe, mais le comportement anormal au regard de la prédisposition à la maladie.

L'autosurveillance déplace ainsi le mal vers l'avant-maladie comme la maladie anticipait sur l'épidémie et l'épidémie sur la terreur de l'hystérie. Mais ce mal nouveau est réel : l'imminence d'une diversité paramétrique annonce le danger, l'angoisse de la maladie, et crée une douleur physique certaine."

(Jacques ATTALI, in L'ordre cannibale, p. 262).

aspirations les plus fondamentales comme norme, comme loi (autonomie). Les modèles véhiculés ou institutionnalisés dans la société ne seraient que des matériaux disponibles pour les individus.

Une véritable autogestion de sa santé exige plus qu'une simple autogestion des techniques. Telle est la conclusion de cette analyse. Elle est, selon nous, transposable aux autres niveaux, relation médecin-malade, hôpital, politique de santé de la société. Elle concerne autant l'autonomie des individus que l'autonomie de la société en tant que société.

Dominique VINCK. ■

L'auteur

Ingénieur chimiste et industries agricoles ainsi que philosophe de formation, il s'est particulièrement intéressé aux problèmes éthiques et philosophiques soulevés par les technologies biomédicales (sous la direction du Professeur J.F. MALHERBE : Centre d'Etudes Bioéthiques). Il collabore aujourd'hui au travail du Service d'Etudes de l'ANMC où il suit le développement des technologies d'imagerie médicale et de biologie clinique entre autre. Il anime un cours de "Critique des Sciences et Techniques" à l'ISCO.

UNE CURIOSITE

Tableau extrait d'une revue gratuite distribuée en pharmacie :

DECOUVERTES AYANT INFLUENCE FAVORABLEMENT L'ESPERANCE DE VIE

1890	Vaccinations
1899	Aspirine
1919	Héparine
1928	Vitamine C
1935	Sulfamides
1943	Pénicilline (produit industriel)
1949	Cortisone
1955	Vaccin anti-poliomyélite
1963	Anti-inflammatoires
1964	Bêta-bloquants
1970	Chimio-thérapie anti-cancéreuse
1972	Anti-ulcéreux

Depuis un siècle, grâce à la recherche pharmaceutique et médicale, la durée de vie humaine a augmenté de 30 ans



Si on le lit bien, il faudrait attribuer l'augmentation spectaculaire de l'espérance de vie que nous avons connue ces cent dernières années à la recherche scientifique et médicale, à l'exclusion d'autres facteurs. Ridicule évidemment.

Le texte suivant le tableau lui apporte heureusement des nuances, mais en attendant le mal est fait : le lecteur rapide se contentera de jeter un coup d'oeil au tableau reproduit ici.

Ce genre de raccourci débile peut se retourner contre ceux qui l'utilisent. En effet, si l'espérance de vie a tendance à se stabiliser, voire à diminuer légèrement (hypothèse qui n'est pas à exclure), dira-t-on aussi que c'est dû à la recherche pharmaceutique et médicale ?■

COMMENT ORGANISER L'EDUCATION POUR LA SANTE ?

Il y a une dizaine d'années, l'éducation pour la santé (qu'on appelait encore éducation sanitaire) n'était organisée qu'au sein de quelques grosses organisations (Croix-Rouge, ONE ...).

Depuis lors, les initiatives se sont multipliées en ordre dispersé et le besoin de coordination s'est fait sentir de plus en plus.

Cette coordination s'est d'abord voulue thématique, à une époque où on pensait encore essentiellement l'éducation pour la santé en termes de campagnes dont la lutte contre le "fléau social" qu'est l'alcoolisme reste l'archétype. Rien d'étonnant que les assuétudes aient constitué l'objet des premières ASBL de coordination thématique. Cependant, celles-ci n'ont guère eu les

moyens d'entreprendre de grandes campagnes et leur rôle est resté essentiellement limité à la coordination et la documentation thématiques.

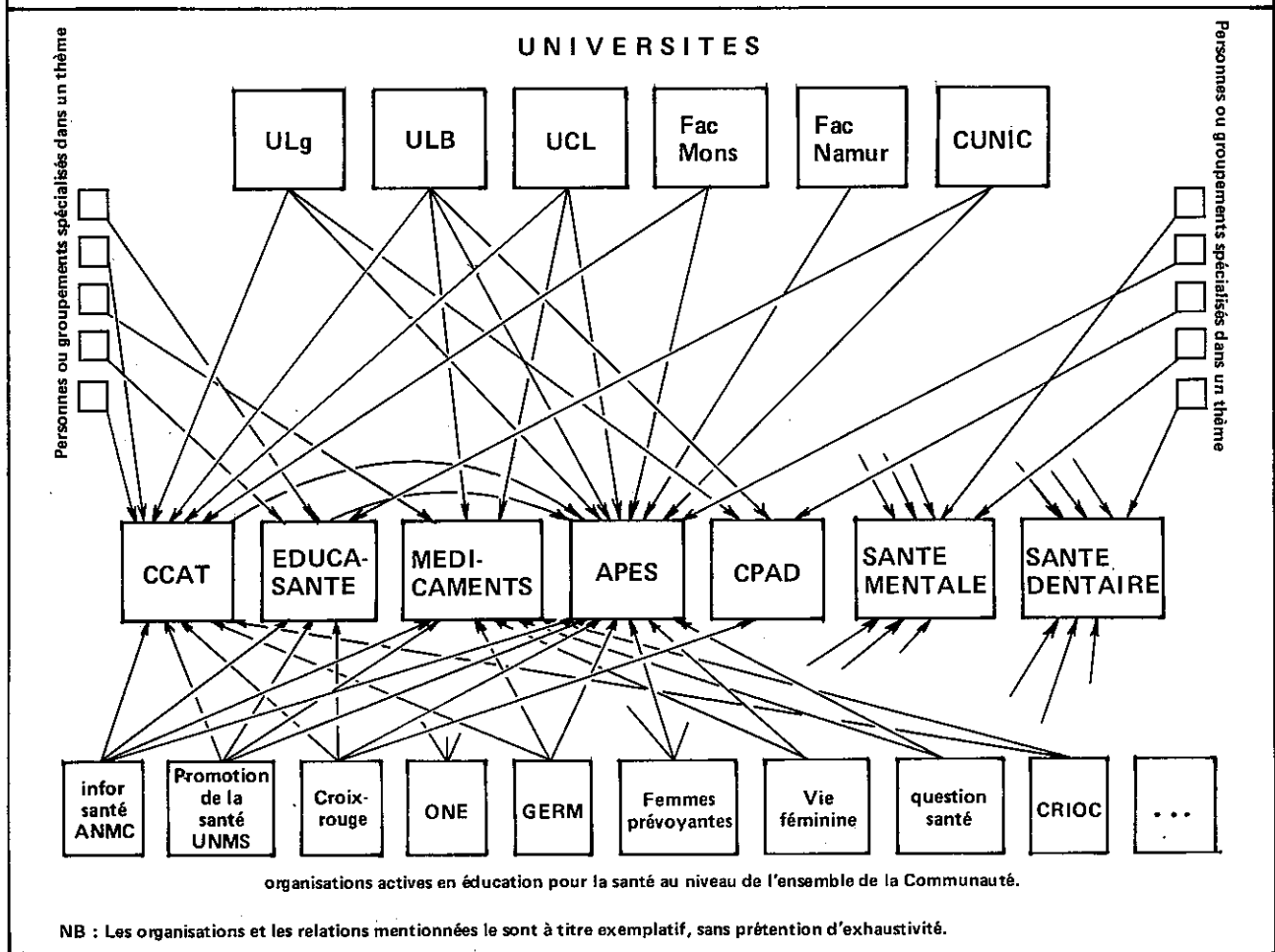
Il y a un an, un organigramme a déjà été présenté dans "La Gazette Parallèle". Mais il restait excessivement schématique et ne donnait guère d'indications sur les relations fonctionnelles entre les divers éléments.

Une éducation pour la santé "intégrée"

En effet, nous estimons que l'éducation pour la santé peut et doit se faire autant que possible à travers les mouvements, organisations, services existants. Nous disposons de réseaux éducatifs, de structures sanitaires et sociales très denses en contact régulier avec des publics spécifiques et couvrant l'ensemble de la population. Il est inefficace de créer de nouvelles structures qui ne reposent pas sur une base sociale suffisante.

Certains appellent cela une éducation pour la santé "intégrée". L'emploi de cet adjectif présente cependant des inconvénients. En effet, pour certains il sous-entend une intégration

Coordination communautaire en éducation pour la santé.
Schéma de la situation actuelle



L'organisation (sic) actuelle de l'éducation pour la santé au sein de la Communauté française n'est pas un modèle de clarté et de rationalité, c'est le moins qu'on puisse dire. Certains justifient cette anarchie par une volonté politique d'encourager la multiplication des initiatives, mais personne n'est dupe de cet argument cachant des réalités "politiciennes" moins glorieuses.

de l'éducation pour la santé parmi les soins de santé.

Or, si nous souhaitons bien que les prestataires de soins soient davantage conscients de leurs responsabilités éducatives, il ne peut cependant être question d'en laisser le monopole au monde médical.

Pour nous, l'intégration de l'éducation pour la santé doit se faire non seulement dans les soins de santé mais aussi dans les programmes scolaires, dans les mouvements d'éducation permanente, les organisations de consommateurs, les

services sociaux, etc. C'est d'ailleurs largement le cas aujourd'hui.

L'éducation pour la santé n'est donc pas l'apanage exclusif des médecins et des paramédicaux, même s'ils ont un rôle important à jouer dans ce domaine.

Coordination régionale et locale

En réalité, sur le terrain, nous nous trouvons en présence d'une multitude

d'agents d'éducation sanitaire : parents, travailleurs sociaux, enseignants, journalistes, professionnels de la santé, militants, etc. Ils mènent généralement leur action au niveau local et dans des structures institutionnelles très diverses : écoles, journaux, institutions médicales, organisations sociales, mouvements, etc.

C'est à ce niveau que l'E.S. doit se structurer en premier lieu.

Jusqu'à présent on ne trouve un début de coordination régionale qu'au niveau de la région de Charleroi, dans le cadre d'Educa-Santé.

La FARES (Fondation contre les affections respiratoires et pour l'éducation à la santé, anciennement Oeuvre de Défense contre la Tuberculose) se propose d'organiser cette coordination au moyen de ses 10 commissions sectorielles de coordination (1). A cette fin, au sein de chacune de ces commissions existantes, on constituera deux sous-commissions, l'une poursuivant la coordination de la prévention de la tuberculose, l'autre se chargeant de la coordination de l'éducation pour la santé.

Ces commissions correspondent à une zone géographique encore importante et à une population hétérogène. C'est pourquoi il est proposé de constituer dans le cadre de ces commissions des groupes de travail ou "tables rondes" plus spécifiques, soit au niveau local, soit en fonction d'un public particulier (enfants, adolescents, adultes, 3ème âge, etc.), ou soit encore autour d'un thème plus ou moins précis.

Cette coordination à la base est certainement celle qui fait le plus défaut actuellement.

Les commissions sectorielles trouveront auprès de la FARES un lieu de concertation communautaire ainsi qu'un soutien administratif et technique.

(1) Voir notre article à ce sujet dans Education Santé n° 18.

Jusqu'ici, ce schéma apparaît assez simple, logique, fonctionnel et réaliste : le squelette (la structure administrative) est déjà en place. Il reste à l'étoffer de toutes les forces vives en éducation pour la santé.

Il faut noter cependant que l'ancienne Oeuvre de Défense contre la Tuberculose était constituée exclusivement de médecins. Il faudra bien veiller à ce que sa conversion à l'éducation pour la santé s'accompagne d'un élargissement suffisant. Le juste équilibre sera sans doute malaisé à définir.

Mais cet organigramme est malheureusement bien trop simple pour intégrer l'ensemble des éléments qui constituent le petit monde de l'éducation pour la santé.

Au niveau communautaire : une anarchie peu productrice

Les agents d'éducation sanitaire du terrain travaillent dans le cadre de diverses institutions ou réseaux institutionnels (écoles, centres de santé, mouvements volontaires, mutualités, etc.) ou sont représentés au sein de diverses associations professionnelles ou scientifiques.

Les consommateurs sont également regroupés dans des associations qui attachent une certaine importance à l'information sanitaire. Comment pourrait-on assurer une meilleure coordination, au niveau de l'ensemble de la communauté, entre toutes ces organisations, institutions et associations préoccupées à des degrés divers par l'information et l'éducation sanitaires ?

Depuis quelques années on a créé un certain nombre d'a.s.b.l. chargées d'assurer la coordination autour d'un ou plusieurs thèmes : alcool et drogues (CPAD), tabac (CCAT), accidents domestiques et éducation sexuelle (Educa-Santé), hygiène dentaire, santé mentale, etc. Ces organisations thématiques ont déjà permis de quelque

peu débrouiller le terrain, mais cette situation n'est pas encore idéale.

En effet, elle offre bien à ceux qui mènent une action spécialisée sur un thème donné des lieux de concertation et de réflexion indispensables. Mais cette subdivision thématique est en profonde contradiction avec les tendances contemporaines de l'éducation pour la santé, à savoir une vision globale de la santé.

Sur le plan pratique, les "généralistes" de l'éducation sanitaire que sont les mutualités, les mouvements d'éducation permanente, les organisations de consommateurs, les représentants des travailleurs de la santé, doivent, pour participer à cette coordination, assurer une présence dans un nombre exagéré de réunions.

Au niveau de l'organisation, ce système entraîne la multiplication de petites cellules administratives relativement fort coûteuses bien qu'assez mal équipées. Chaque association thématique est obligée d'acquérir une documentation dont une partie est identique, de constituer un fichier qui (en grande partie) reprend les mêmes personnes et les mêmes organisations, d'acquérir le même matériel, etc.

Au moment où la coordination sur le terrain va pouvoir se structurer au sein des commissions sectorielles de la FARES, ne faut-il pas également réaliser une coordination plus rigoureuse du niveau communautaire ?

La situation actuelle n'est certainement pas satisfaisante pour ceux qui

exercent une activité sur le terrain, n'offre pas de garanties suffisantes quant à l'utilisation de fonds communs et surtout n'assure pas de projet éducatif à long terme.

Une proposition pour l'avenir.

Ne serait-il pas possible d'organiser l'éducation pour la santé comme d'autres secteurs de l'activité culturelle ?

Pourquoi ne pas rendre à l'administration son rôle actif d'orientation des moyens ? Sans imposer de modèle contraignant (ce serait alors une centralisation mal comprise), une administration indépendante et bien structurée pourrait appliquer des règles sérieuses quant à la distribution des subsides.

Cette administration pourrait appuyer son action sur une législation de base recueillant l'assentiment le plus large possible, de manière à éviter une dispersion peu contrôlable des ressources. Rappelons à cette occasion que nous revendiquons depuis longtemps la transparence quant à l'information sur ces moyens mis à la disposition des associations actives.

Pour garantir le sérieux des opérations, on pourrait créer un Conseil Consultatif de l'Education pour la Santé.

Ces pistes de réflexion méritent certainement qu'on s'y attarde, car il est plus que temps de mettre fin à la gabegie actuelle. Nous y reviendrons certainement. En attendant, vos remarques, vos idées, vos commentaires sont les bienvenus. ■

"Je crois qu'un réel partage du savoir scientifique réduirait le pouvoir des médecins sur les malades, mais augmenterait celui de la médecine sur les maladies" (Prof. C. BERAUD).

ERE MINUTE DERNIERE MINUTE DERNIERE MINUTE DERNIERE

A l'initiative du CPAD, organe exécutif du Comité de Concertation sur l'Alcool et les autres Drogues, une "commission médicaments" informelle s'est constituée voici deux ans déjà.

Les premières réunions ont permis de faire un relevé des organismes et personnes intéressés par l'éducation pour la santé appliquée au domaine de médicaments, sous tous ses aspects. Au fil des travaux, trois groupes de travail plus spécialisés se sont constitués : le groupe statistiques, chargé de collecter des informations précises sur la consommation des médicaments en Belgique (les chiffres sont jalousement gardés) ; le groupe prescripteur-dispensateur, dont la mission est de réfléchir aux habitudes de prescription, et à l'amélioration de l'information et de la formation du corps médical ; le groupe consommateur enfin, axé concrètement au départ sur la question de la notice-patient, qui n'existe pas encore dans notre pays.

Après plus d'un an de travail, certains ont jugé qu'il était temps de donner une forme officielle à cette "Commis-

sion médicaments", de la doter de statuts propres, bref de créer une ASBL comme il en existe d'autres, avec un budget sérieux et du personnel.

C'est chose faite depuis le 4.4.84, date à laquelle le "Comité de Concertation sur les Médicaments" a été constitué officiellement.

Cela n'a pas été sans mal, étant donné que les organismes fondateurs ne partagent pas les mêmes idées sur tout (c'est le moins qu'on puisse dire). A première vue, il n'est pas évident par exemple que l'Association Pharmaceutique Belge et Infor Santé puissent s'entendre sur un programme commun !

L'avenir nous dira ce que le CCM (encore une abréviation !) pourra réaliser. En attendant, et pour ceux qui ne lisent pas le Moniteur, voici l'objet de l'association : "elle se propose de réaliser et de coordonner une éducation pour la santé et toutes autres activités concernant le bon usage du médicament. Elle regroupe les institutions qui dans ce domaine ont pour mission prioritaire de promouvoir et d'organiser l'éducation, les actions sociales, la formation continue, l'enseignement et la recherche".

COMMISSION DE CONCERTATION SUR LES MEDICAMENTS
CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président : Dr. J.L. PESTIAUX, Union Nationale des Mutualités Socialistes.

Trésorier : V. MAGOS, Question-Santé.

Secrétaire : Dr. R. VAN EX, Centre d'Accueil et de Traitement du Solbosch.

Membres : C. CAPET, GERM.

J. HENKINBRANT, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes.

Dr. A. STROOBANT, Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie.

INITIATIVES

CAMPAGNE ANTIBIOTIQUES : EVALUATION

Lorsque nous avons évalué l'impact des animations consacrées aux antidouleurs, nous avons constaté qu'elles apportaient aux participants des connaissances non négligeables sur ces médicaments. Par contre, nous n'avions pas pu observer l'influence de ces animations sur l'attitude des gens à l'égard des antidouleurs.

Nous avons essayé de résoudre ce problème à l'occasion de l'évaluation de la campagne antibiotiques, en proposant aux participants un questionnaire contenant à la fois des questions de connaissance et un test d'attitude basé sur le principe de l'échelle ordonnée (voir Education Santé n° 14, p. p.10 à 19).

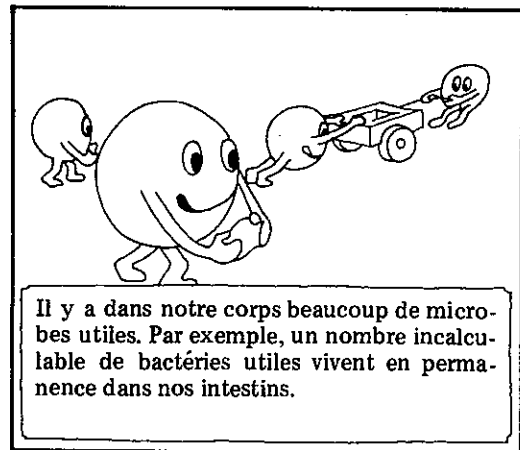
Infor Santé a abordé les antibiotiques avec plusieurs moyens : les dépliants bien connus dans les salles d'attente mutuellistes, un dossier dans "En Marche", une émission "Autant Savoir" de la RTBF et, pour faire un travail d'information plus approfondi, des animations de groupes locaux.

Ce sont les participants à ces séances qui ont collaboré à l'évaluation.

Pour rappel, le contexte de la campagne.

Les antibiotiques sont un groupe de médicaments dont la consommation pose d'incontestables problèmes, tel le développement de souches bactériennes résistant aux médicaments. On a de bonnes raisons de croire qu'un usage inconsidéré de ces médicaments, notamment en milieu hospitalier, finit par diminuer leur efficacité.

Il apparaissait donc utile de faire le point sur les antibiotiques, en expliquant les remarquables propriétés de ces spécialités, mais en mettant aussi en garde contre une confiance trop aveugle en leurs pouvoirs, quelle que soit l'infection. Combien de patients ne demandent-ils pas un antibiotique à leur médecin pour une simple grippe, combien de médecins ne les prescrivent-ils pas "par prudence" sans être sûr que l'infection à traiter est bien d'origine microbienne ?



Objectifs.

Divers types d'objectifs étaient recherchés pour cette action. Sur le plan des connaissances, apprendre la différence entre infection bactérienne et infection virale contre laquelle l'antibiotique est inefficace ; apprendre les inconvénients de l'abus des antibiotiques, particulièrement les risques liés à la résistance bactérienne.

Sur le plan de l'attitude, dégager une opinion équilibrée, en ébranlant l'excès de confiance mais aussi en évitant de provoquer une méfiance systématique et excessive.

Bien entendu, des objectifs comportementaux plus fondamentaux étaient aussi présents : ne pas demander un antibiotique au médecin, mais discuter du traitement avec lui, l'inter-

roger ; suivre correctement le traitement prescrit, pendant la période indiquée, ne jamais prendre d'antibiotiques sans avis médical, etc.

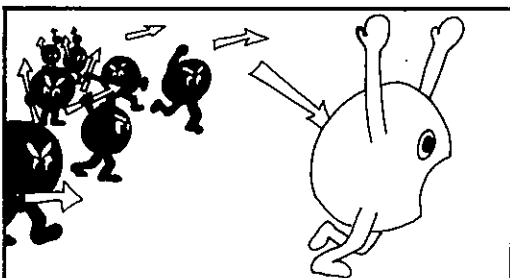
L'évaluation proprement dite.

Comme précédemment, on a administré un test aux participants en début de réunion (pré-test), et on les a recontactés quelques mois plus tard pour leur reposer les mêmes questions (post-test).

Le questionnaire comportait deux types de données, les unes relatives à l'attitude, les autres aux connaissances.

D'abord, les participants devaient choisir dans une vingtaine de propositions au sujet des antibiotiques celles auxquelles ils adhéraient. Exemples : "Les antibiotiques sont une pollution pour l'organisme" ; "Il est normal que le médecin prescrive des antibiotiques lorsqu'on le lui demande".

Chaque proposition étant assortie d'un score, il est possible de faire la moyenne de l'attitude de chaque participant, sur une échelle allant de la confiance maximum (11) à la méfiance extrême (1).



Mais parfois des bactéries dangereuses réussissent à pénétrer dans le corps. Elles peuvent se multiplier à l'excès, et risquent alors de supplanter les bactéries utiles et d'attaquer notre organisme.

Ensuite, les participants avaient à répondre à 8 questions de connaissance, comme "L'antibiogramme consiste à déterminer la sensibilité de bactéries à divers antibiotiques" (vrai/faux) ou encore "La pénicilline est une sorte d'antibiotique" (vrai/faux).

Résultats - attitude.

103 personnes ont répondu au pré- et post-test. Elles ne forment pas un échantillon représentatif, mais les résultats observés valent quand même la peine d'être signalés.

En étudiant la partie attitude du questionnaire, on constate qu'un nombre non négligeable de participants (54) adhèrent à des propositions apparemment opposées, marquant à la fois leur confiance et leur méfiance à l'égard des antibiotiques.

Mais qu'est-ce encore que l'attitude ?

C'est un concept complexe, où interviennent des éléments de type cognitif, affectif et conatif, c'est-à-dire à la fois ce qu'on pense, ce qu'on croit savoir d'un objet, si on "l'aime" ou pas, et l'intention d'agir vis-à-vis de cet objet.

Car c'est là un inconvénient de l'échelle ordonnée qu'une même moyenne peut être obtenue au départ de données de base très différentes, dont les valeurs sont fort éloignées ou au contraire concentrées. En clair, 11 + 1 et 5 + 7, cela fait toujours 6 de moyenne, mais ces deux 6 ne signifient pas la même chose.

Un premier élément d'explication réside dans l'imprécision relative de l'instrument de mesure, dans l'ambiguïté de certaines propositions.

On peut aussi interpréter ce fait comme résultant d'un mélange de rationalité et d'éléments affectifs formant une image contradictoire des antibiotiques dans l'esprit des gens.

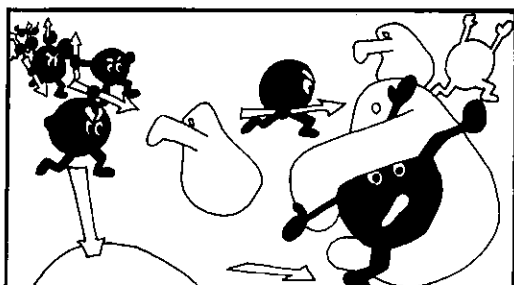
Ajoutons que deux tiers des personnes ayant une attitude incohérente au pré-test ne l'ont plus au post-test. Pour celles-là, l'animation a pu favoriser la prévalence d'éléments rationnels.

Pour être complet, notons que dix person-

nes font état d'une attitude incohérente au post-test seulement !

Il faut dire que l'objectif recherché n'était pas simple, qui consistait à aider les gens à se forger une opinion nuancée sur les antibiotiques, ni trop confiante, ni trop méfiante.

Dans une large mesure, il est à noter que l'attitude varie relativement peu entre pré- et post-test. 74 personnes sur 103 changent ainsi de moins d'un point, qui se partagent pratiquement d'égale façon en "légèrement plus méfiant" et "légèrement plus confiant".



Notre corps se défend au moyen des globules blancs, qui sont capables de "digérer" les bactéries nuisibles. Le pus est constitué par les déchets de cette bataille des globules blancs contre les bactéries.

Résultats-connaissances.

Nous avons constaté, lors de l'évaluation de notre campagne antidouleurs, un très net impact des animations sur les connaissances des participants.

Les résultats sont moins concluants avec les antibiotiques. Sur 103 personnes, 9 ont un plus mauvais score au post-test, 24 restent stationnaires et, quand même, 70 progressent. Dans ce dernier groupe, 23 progressent de 1 bonne réponse, 24 de 2 bonnes réponses, et 11 de 3 bonnes réponses.

Par exemple, pour la question essentielle "Les antibiotiques sont très efficaces pour combattre le virus de la grippe" (vrai ou faux), on passe de 37 bonnes réponses au pré-test à 57 bonnes réponses au post-test. Ce n'est quand même pas si mal.

Conclusions.

Cette évaluation confirme la possibilité d'apprendre au grand public des notions parfois compliquées ayant trait à une famille de médicaments.

Quant à l'attitude du public à l'égard des antibiotiques, il nous a été possible de constater que pour la moitié des gens elle est constituée d'éléments apparemment contradictoires. C'est là une constatation intéressante en ce sens qu'elle met en valeur des facteurs affectifs dans l'appréciation des gens sur un sujet. Nous ne pouvons affirmer que notre action aura permis aux participants de se forger l'attitude nuancée idéale. ■

En collaboration avec Infor Santé
Tournai

LES ETATS GENERAUX DE LA SANTE

Les 20 et 21 octobre prochains, le GERM organise une manifestation à l'intitulé impressionnant, les "Etats Généraux de la santé".

Ces "Etats Généraux", que le GERM entend promouvoir à l'occasion de son vingtième anniversaire, s'inscriront à la fois dans un cadre historique et d'actualité : celui

du 40ème anniversaire de l'instauration de notre système d'assurance maladie-invalidité obligatoire, d'une part, et celui des propositions actuelles de réforme de la sécurité sociale d'autre part. L'originalité des "Etats Généraux", selon le GERM, est qu'ils ne s'enfermeront dans aucun clivage politique, institutionnel ou socio-professionnel existant mais qu'ils viseront au contraire à provoquer la confrontation et le dialogue entre des catégories qui se côtoient trop souvent sans s'écouter vraiment : consommateurs de soins, professionnels de santé, gestionnaires, décideurs, chercheurs ...

EN SAVOIR PLUS SUR...

connaissez-vous votre sommeil ?

COMMENT pourrait-on connaître son sommeil ? La seule chose dont on peut se rappeler, ce sont les rêves.

Et encore !

Le sommeil est le domaine du mystère. Les savants ne savent même pas bien dire **pourquoi** on dort, même s'il commencent à connaître un peu le **comment**.

Pour beaucoup de gens, le mystère fait peur.

Mais la peur n'est-elle pas justement le premier ennemi du sommeil : on a peur de ne pas dormir, on devient nerveux, tendu... si bien qu'on ne peut plus trouver le sommeil.

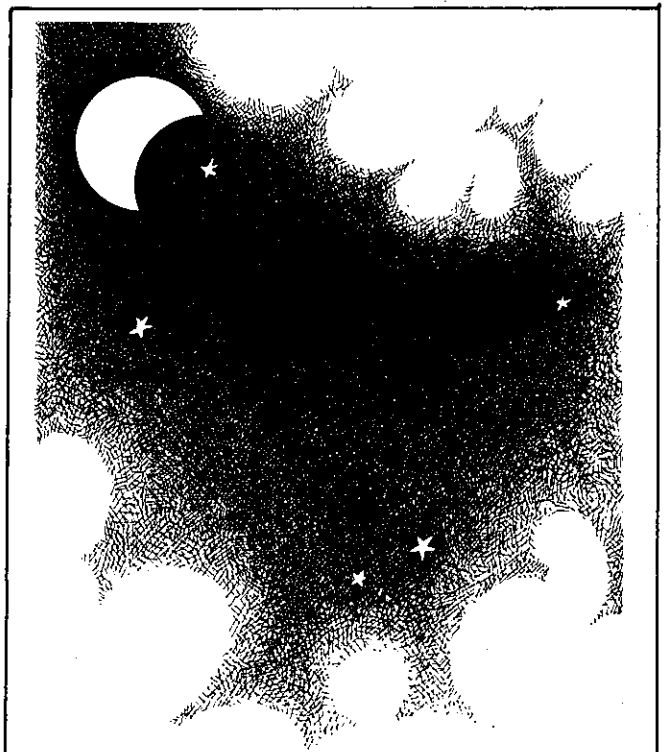
Le deuxième ennemi principal du sommeil est sans doute l'ignorance.

On raconte tant de choses sur le sommeil :

« Il faut dormir huit heures par jour ! », « Les heures avant minuit comptent double ! », « Il faut dormir la tête au nord ! ».

Dans toutes ces idées très répandues, il y a souvent beaucoup de vrai... et beaucoup de faux.

En vous aidant à mieux connaître le sommeil, et surtout **votre** sommeil, nous espérons que ceux qui dorment bien trouveront encore plus de plaisir dans leur sommeil et que ceux qui dorment moins bien trouveront quelques trucs capables de les aider.



**Le sommeil
c'est
naturel**

le sommeil : un long voyage au pays des rêves ?

Le soir, on embarque, et le train du sommeil démarre, et il ne se passe plus rien (sauf quelques rêves éventuellement) jusqu'au matin, où le train s'arrête au signal donné par la sonnerie du réveil. C'est ainsi qu'on voyait le sommeil jusqu'il y a quelques années.

On sait maintenant que les choses ne sont pas aussi simples : le voyage du sommeil se déroule suivant un programme assez complexe, un schéma semblable pour tout le monde, avec cependant des différences individuelles.

Nous avons représenté ce schéma à l'intérieur d'un cadran d'horloge. La ligne bleue qui suit le bord du cadran entre 7 et 22 h. représente la période d'éveil actif.

l'endormissement

De temps en temps, et surtout le soir, nous ressentons « un coup de pompe ». Si à ce moment, nous nous laissons aller à un état de détente physique et mentale, l'activité de notre cerveau se ralentit, nos pensées vagabondent, nous passons de l'éveil actif à l'éveil passif. Les ondes électriques produites par le cerveau se ralentissent. Si nous nous laissons aller, si personne ne nous interpelle, après quelques minutes nous « tombons » endormis.

Mais il s'agit là d'un sommeil très fragile : il suffit que quelqu'un nous parle. Si on vous demande à ce moment : « Tu dors ? », vous répondez : « Non », sans mentir, car vous n'êtes même pas conscient d'avoir dormi. Cette phase d'endormissement peut durer une dizaine de minutes. Nous avons représenté cette période sur notre schéma en faisant pénétrer la ligne bleue légèrement à l'intérieur de l'horloge.

le sommeil léger

Ensuite l'activité du cerveau se ralentit encore, mais notre sommeil reste assez léger. En effet, pendant cette période nous restons encore sensibles aux bruits. Cela explique que beaucoup de personnes ont l'impression de ne pas avoir beaucoup dormi parce qu'elles ont entendu des bruits, comme la cloche de l'église par exemple.

le sommeil profond

Au stade suivant, nous devenons quasi sourds. C'est la période de sommeil le plus profond. L'activité du cerveau est encore plus lente, de même que la respiration, les battements du cœur et d'autres fonctions vitales.

A ce moment, il est très difficile de vous réveiller et, quant on y parvient, vous êtes complètement désorienté dans le temps et dans l'espace. C'est cette partie du sommeil qui est la plus importante sur le plan physique. C'est pendant celle-là que vous « récupérez » vraiment. Si vous vous réveillez avant cette période, c'est comme si vous n'aviez quasiment pas dormi.

Suivant les descriptions scientifiques, notre schéma distingue le sommeil profond et le sommeil très profond. Ils se différencient essentiellement par un ralentissement encore plus grand de l'activité du cerveau.

le sommeil rapide

Les phases de sommeil léger et de sommeil profond sont aussi appelées **sommeil lent** à cause de la lenteur de l'activité du cerveau à ce moment. Mais soudain, après une heure, ou une heure

quart ou une heure et demie de sommeil lent, notre cerveau se réveille brusquement. Pourtant notre corps reste profondément endormi, nos muscles sont complètement détendus. Seuls de petits muscles se contractent et provoquent par exemple des grimaces, des sourires, des mouvements des mains et des pieds.

Pendant cette période également l'organe sexuel de l'homme et le clitoris de la femme sont en érection, indépendamment d'une excitation sexuelle réelle.

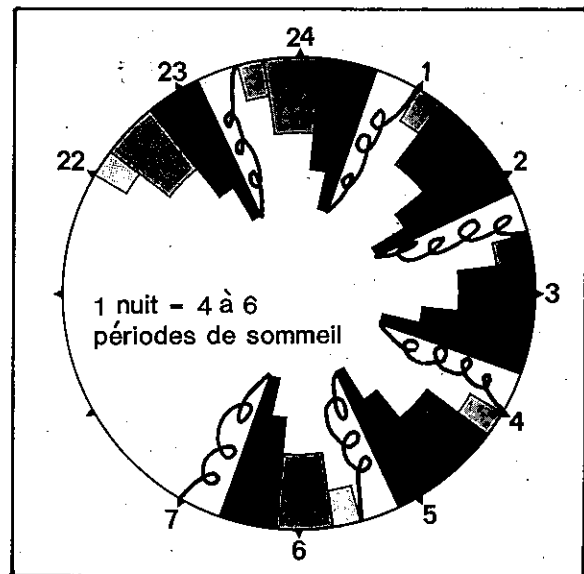
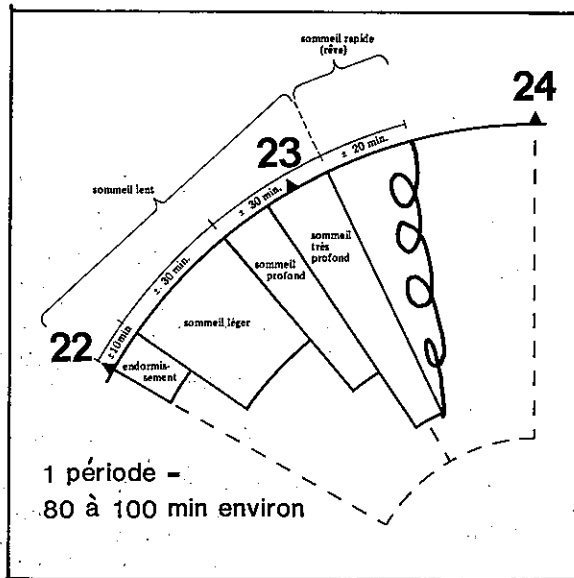
Mais l'élément le plus significatif à ce stade est l'apparition du rêve. Car tout le monde rêve, seulement la plupart des personnes ne se souviennent de leurs rêves que s'ils sont réveillés pendant cette période.

Sur notre schéma, cette période de sommeil rapide est représentée par une ligne en forme de spirale qui remonte jusqu'au bord de l'horloge. En effet, le sommeil rapide marque la fin de ce premier voyage au pays des rêves.

la durée des phases du sommeil

La fin de ce premier voyage ? Ferait-on plusieurs voyages au cours d'une nuit ?

En effet, entre l'endormissement et la fin de la phase de sommeil rapide, une heure et demie à deux heures seulement se sont écoulées. L'endormissement n'a duré que de 5 à 10 minutes. Le sommeil léger a pris environ une bonne demi-heure. Le sommeil profond a aussi duré une bonne demi-heure. Le sommeil rapide environ vingt minutes. Cela fait entre 90 et 120 minutes, suivant les individus.



Que se passe-t-il alors ? Le train entre en gare, s'arrête un instant : c'est le réveil.

Pour la plupart, un semi-réveil : comme le navetteur habitué ne se réveille vraiment qu'en arrivant à destination, la plupart des dormeurs ne remarquent même pas ce réveil. D'autres descendent du train un moment, pour satisfaire un besoin naturel ou boire un verre d'eau, et remontent... ou ratent le départ.

Car aussitôt le train repart pour un nouveau circuit. Il y en aura ainsi 4 ou 5 sur la nuit ; les derniers circuits seront un peu moins longs que les premiers et le sommeil profond diminuera progressivement au profit du sommeil rapide.

Au total, environ 80 % du sommeil est du sommeil lent et 20 % du sommeil rapide.

Autrement dit, sur une nuit de 8 heures de sommeil, nous rêvons environ 1 h 30.

observez votre sommeil

Vous connaissez maintenant les grandes lignes du fonctionnement du sommeil. Vous pouvez maintenant facilement vérifier comment ce schéma s'adapte à votre sommeil, ou à celui de vos enfants. Et tirez-en les conséquences logiques. Ainsi par exemple :

— **Dormez des cycles complets** : « Se lever du pied gauche » n'a rien à voir avec les pieds. C'est le fait d'être réveillé pendant une phase de sommeil profond qui vous met de mauvaise humeur pour une partie de la matinée. Essayez donc de n'utiliser le réveil-matin que comme sécurité : si vous ne vous réveillez pas avant la sonnerie, vous devriez vous coucher plus tôt.

— **Couchez-vous à la bonne heure** : Vous bâillez, vous vous assoupissez devant la T.V. C'est le moment d'aller dormir. Vous tenez à voir la fin du film ? Dans ce cas, sachez qu'il vous faudra probablement attendre environ 1 h 30 avant la prochaine période propice à l'endormissement. N'oubliez pas que cela vaut aussi pour les enfants : si vous laissez passer leur heure habituelle d'endormissement, vous risquez de devoir attendre

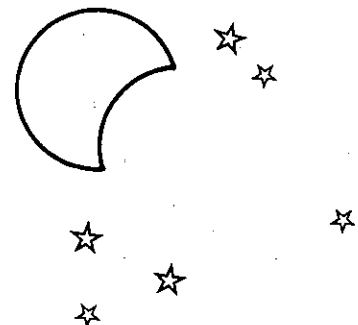
de 1 h 30 à 2 h, surtout s'il s'agit d'enfants nerveux.

— **Votre enfant s'est endormi dans le fauteuil** : si vous le transportez tout de suite, il risque de se réveiller. Attendez donc une bonne demi-heure, le temps qu'il passe du sommeil léger au sommeil profond : vous le transporterez beaucoup plus facilement.

— **Vous vous réveillez la nuit** : sachez que c'est normal.

Tout le monde se réveille plusieurs fois par nuit, généralement sans s'en rendre compte. Si vous avez l'occasion de regarder l'heure, vous pourrez constater que ce réveil survient à la fin d'un cycle. C'est l'occasion de calculer la durée de votre cycle de sommeil. Si vous ne vous rendormez pas de suite, vous devrez peut-être laisser passer une période complète. Ne vous énervez surtout pas. Cela est bien normal. Si vous en profitez pour lire une heure ?

— **Les berceuses de nos grands-mères** aidaient le cerveau à passer du rythme rapide de l'éveil au rythme plus lent du sommeil. La relaxation des muscles du cou, des épaules et des bras ainsi qu'une respiration lente et profonde favorisent également l'endormissement.



et les somnifères ?

les somnifères ne s'attaquent pas aux causes du mal

Il est incontestable que les somnifères favorisent le sommeil, mais ils ne guérissent pas quelqu'un qui souffre d'insomnie. Ils l'aident à supporter une situation difficile et à passer la nuit. Ce n'est déjà pas si mal, sans doute. Mais si on dort mal à cause de problèmes familiaux, professionnels ou autres, les somnifères ne changeront rien à l'affaire, pour reprendre le slogan de la campagne percutante menée actuellement par Question-Santé,

les grandes familles

Il existe des dizaines de marques de somnifères, qu'on peut regrouper en plusieurs familles chimiques. Les plus tristement connus restent les **barbituriques**, dont le célèbre Gardéna. Leur usage comme somnifères tend à diminuer, ce dont on ne peut que se féliciter car ils entraînent des effets secondaires sérieux, voire mortels en cas de surdosage (à preuve le nombre de suicides réussis aux barbituriques). Pour être complet, ajoutons que les barbituriques peuvent être utiles dans le traitement de l'épilepsie. Mais ils ne sont plus à conseiller comme somnifères depuis la découverte des **benzodiazépines**. Sous ce nom barbare se cachent les marques les plus utilisées de somnifères, comme Mogadon, Rohypnol, Seresta, Temesta, Halcion, etc.

tranquillisants et somnifères

Les benzodiazépines agissent sur le système nerveux. Ce sont des médicaments qui

ont plusieurs effets chez l'homme : elles diminuent l'anxiété, elles favorisent un relâchement musculaire, elles induisent le sommeil. Ce sont donc à la fois des tranquillisants et des somnifères. Tout est une question de dose.

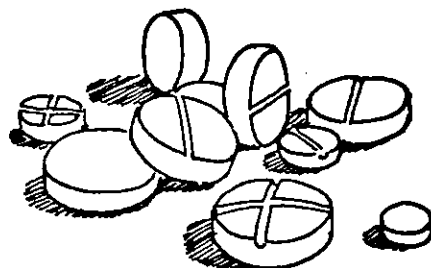
Sans être plus efficaces que les barbituriques, les benzodiazépines leur sont préférables car elles entraînent moins d'effets indésirables.

Cela ne signifie nullement que les benzodiazépines soient recommandables pour le moindre problème de sommeil. En effet, à force de prendre ces médicaments, on finit par ne plus pouvoir s'en passer, par en devenir l'esclave. Combien de personnes ne prennent-elles pas leur « petit comprimé » tous les soirs depuis de nombreuses années et déclarent être incapables de s'endormir sans celui-ci.

un bon usage des somnifères ?

Le meilleur usage des somnifères est de ne pas y avoir recours. Evidemment, ce serait trop beau si tout le monde pouvait suivre ce conseil. Cela ne tient malheureusement pas compte de la situation difficile

de certaines personnes. Alors, si vraiment un médicament s'impose, le médecin prescrira de préférence une benzodiazépine à durée d'action moyenne. Cela signifie un produit qui favorise l'endormissement sans que le patient reste somnolent le lendemain. Le patient prendra le médicament pendant 15 jours maximum, si possible avec des interruptions les soirs où il se sent plus à son aise. La durée du traitement est courte. Cela devrait suffire pour aider à traverser une mauvaise passe. Cela permet aussi d'éviter que le patient ne s'habitue à son médicament...



que retenir de tout cela ?

1. La question à se poser en premier lieu :
*pour le patient : et si je ne prenais pas de somnifère ?
pour le médecin : et si je ne prescrivais pas de somnifère ?*
2. D'abord, on s'attachera à analyser l'insomnie. Dans beaucoup de cas, des patients prennent des somnifères dont ils n'ont pas vraiment besoin.
3. Si un somnifère s'impose, le médecin prescrira de préférence une benzodiazépine à durée d'action moyenne.
4. Le traitement durera maximum 15 jours. Pendant cette période, le patient ne prendra si possible le médicament que quand il aura l'impression qu'il passera une mauvaise nuit sans le médicament.

Le thème directeur des journées s'intitulera : "Quelles stratégies de changement dans tout ce qui touche à notre santé en période de crise ?". Autour de ce leitmotiv, s'organiseront toute une série d'ateliers et de carrefours, parmi lesquels : "Etre et avoir un généraliste en 1984" ; "Participation et droits des patients" ; "Quels objectifs d'emploi et de reconversion pour le personnel de santé ?" ; "Système sanitaire et solitude" ; "Quel pouvoir a-t-on sur les facteurs d'environnement ?" ; "L'informatisation des données médicales : outil précieux ou jeu dangereux ?" ; "Les médecines parallèles" ; "Les solidarités Nord-Sud et le dialogue Sud-Nord" ; etc.

"Loin d'être la tribune de telle ou telle tendance, dit encore le GERM, ces "Etats Généraux de la Santé" ne peuvent se concevoir que sous la forme d'un authentique forum. Les positions spécifiques de chacun n'y seront pas niées, les divergences encore moins ignorées. L'effort de rencontre, d'information, de clarification

des positions mutuelles et de discussion loyale sera la seule règle commune".

En cela, le projet constitue incontestablement une première en Belgique.

Infor Santé sera de la partie, cela va de soi.

Tous renseignements complémentaires peuvent être obtenus dès à présent auprès du secrétariat du GERM, rue du Gouvernement-Provisoire 29, 1000 Bruxelles. Tél. 02/219.67.66.■



LA MUTUALITE EN AUDIO-VISUEL

La Mutualité Chrétienne, ce n'est pas seulement une bonne assurance, mais c'est aussi un mouvement de solidarité qui s'exprime à travers un certain nombre de services.

Pourtant, régulièrement, ce système de solidarité se trouve remis en question, les uns estimant que l'assurance-maladie devrait être gérée par l'Etat, les autres souhaitant la voir prise en charge par les compagnies commerciales d'assurance. Pour pouvoir comprendre les enjeux de ce débat, il est nécessaire de connaître un minimum de choses sur la mutualité : sa naissance au siècle dernier à l'initiative des travailleurs, son développement dans un cadre défini légalement, sa place dans le système de la

sécurité sociale obligatoire mis sur pied après la guerre de 1940, son fonctionnement actuel, les services offerts par l'assurance complémentaire, ...

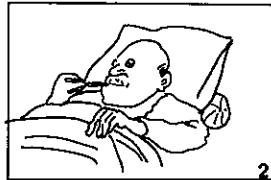
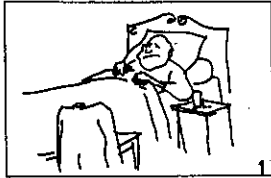
Expliquer tout cela d'une façon simple et compréhensible peut sembler impossible.

Un petit montage de diapositives sonorisées tente pourtant ce tour de force; et, en une dizaine de minutes, il fait le tour de la question, proposant une synthèse sur cette vaste problématique.

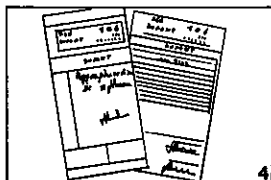
Ce montage peut constituer un bon point de départ pour un cours ou une réunion d'information sur l'assurance-maladie. Les professeurs de sciences sociales et d'actualités, les animateurs de mouvements d'éducation permanente, bref tous ceux qui souhaitent mieux faire connaître notre système de soins de santé, seront certainement heureux de disposer d'un outil pédagogique pour aborder ce sujet difficile.

LA MUTUALITE

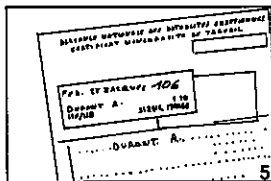
Guide à l'intention de l'utilisateur.



André DUPONT, 52 ans, tombe malade.

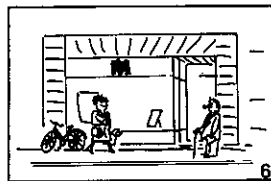


Cela signifie pour lui des frais de médecin et de médicaments,



et aussi des journées de travail perdues.

Dans le passé, une telle situation pouvait être catastrophique pour une famille.



Ce n'est plus le cas aujourd'hui, grâce aux mutualités, qui sont le plus ancien maillon de la sécurité sociale.

Mais comment tout ce système s'est-il donc mis en place ?

1

Un guide reprenant le texte et les images du montage peut vous être envoyé sur simple demande. Pour tous renseignements pratiques (achat, prêt) :

Infor Santé, rue de la Loi 121, 1040
Bruxelles, tél. 02/230.78.90, poste
192. ■

MA GROSSESSE AU FIL DES JOURS

Au cours d'une campagne d'information sur la prématurité, les animatrices de Vie Féminine ont reçu de nombreux témoignages qui exprimaient souvent une insatisfaction profonde de la part de femmes qui avaient vécu des moments difficiles pendant leur grossesse et leur accouchement. Ces questions venaient non seulement de femmes qui vivaient des grossesses à risques, mais aussi des grossesses "normales".

Vie Féminine a publié en 1981 une brochure "Moi et la Maternité" qui reprenait les témoignages reçus et interpellait les professionnels de santé, et les travailleurs sociaux, pour que ces témoignages, dont certains étaient des cris de révolte, soient entendus, et que des solutions soient recherchées.

Ces témoignages révélaient, d'une part, un manque d'information des femmes sur la grossesse et l'accouchement, et d'autre part, une difficulté très grande à se situer comme personne ayant des droits face aux professionnels de santé.

Vie Féminine s'est adressée au GERM en espérant une écoute et la possibilité de rechercher avec les professionnels de santé les moyens d'assurer une meilleure information et une plus grande autonomie des femmes qui attendent un enfant. Des membres du GERM et des personnes contactées par lui, en raison de leur intérêt pour ces questions, acceptèrent avec enthousiasme de former avec des femmes de Vie Féminine, un groupe de travail mixte.

La décision fut prise d'étudier la question et de réaliser une brochure qui est devenue "Ma grossesse au fil des jours ...".

Quels sont les objectifs et l'originalité de la brochure ?

La brochure est principalement destinée aux femmes enceintes ou susceptibles de le devenir.

Elle rassemble un grand nombre d'informations utiles à caractère médical, ou centrées sur les aspects quotidiens, non médicaux, rencontrés pendant une grossesse.



Ces informations devraient aider les femmes à surmonter les incertitudes, les angoisses au cours de la grossesse, notamment dans la relation à établir avec le médecin.

Le découpage de la brochure suit le déroulement de la grossesse. Elle s'ouvre sur les préparatifs de la grossesse, suit celle-ci au fil des mois et se termine par la période qui suit immédiatement l'accouchement : le postpartum.

A chacune de ces étapes sont notamment suggérées des questions auxquelles il est utile que la femme pense.

Les questions suivantes y sont examinées :

- les examens médicaux nécessaires durant la grossesse ;

- les problèmes physiques couramment rencontrés par les femmes enceintes (développement du fœtus et du corps de la femme) ;
- les demandes d'explications qui peuvent être posées au personnel de la santé ;
- la prise de contact avec le service où se déroulera l'accouchement ;
- les détails pratiques ou administratifs à régler à l'occasion de la future naissance.

A travers ces informations, les femmes peuvent s'approprier une part plus importante de savoir, ce qui leur permet de mieux assumer leur grossesse et d'établir une relation nouvelle avec le médecin et le personnel de santé. "Avoir confiance" dans le médecin prend ainsi une toute autre signification.

Les participants à la rédaction de la brochure ont volontairement évité les situations de grossesses à risques, qui requièrent une surveillance médicale particulière.

La brochure se situe dans une optique de santé publique. Elle est pour les femmes un moyen de se réapproprier leur santé, à une période de la vie qui représente pour elles un enjeu d'autant plus essentiel que la qualité du devenir de deux vies en dépend. Elle est aussi un moyen d'acquérir une attitude d'autonomie pour les autres moments de la vie.

Par les informations données et les questions suggérées, les auteurs ont voulu offrir aux femmes un moyen d'être actives et responsables de leur grossesse, sans se priver de l'efficacité des compétences médicales pour que tout se passe bien, tant du côté de la femme que du côté de l'enfant.

Pour réaliser cette brochure, un débat très ouvert s'est instauré entre des femmes qui ont une expérience de maternité et les professionnels de santé, les unes et les autres acceptant la contestation de leur savoir et de leur expérience. C'est ce débat qui a permis d'envisager les questions de la vie quotidienne et le besoin particulier d'informations qui font la trame de vie de la plupart des femmes enceintes.

La brochure ne répond certainement pas à toutes les questions. Mais si elle apporte aux femmes quelques réponses, et si elle leur donne envie de prendre davantage en mains leur santé, ce sera un pas important ... qui pourrait être suivi de beaucoup d'autres.

Il est possible de se procurer la brochure au GERM, rue du Gouvernement-Provisoire 29, 1000 Bruxelles, au Secrétariat national de Vie Féminine, rue de la Poste 111, 1030 Bruxelles, ainsi que dans les secrétariats régionaux de ce mouvement. La brochure est disponible au prix de 40 F. + frais de port. ■

BONJOUR LES DEGATS !

L'alcoolisme excessif, sans même parler des cas aigus, est un problème essentiel de santé publique dans nos pays où boire un verre est un signe de sociabilité.

Difficile de faire une campagne sur ce sujet, et ce pour différentes raisons : rupture avec un comportement bien ancré dans la population ; l'influence contraire du lobby de l'alcool, qui protège ses intérêts

commerciaux ; mollesse des pouvoirs publics, qui trouvent dans l'alcool une source immédiate de revenu sans tenir compte des coûts sociaux engendrés par l'alcool, ...

Jusqu'à présent, l'alcool a donné lieu à des campagnes de sensibilisation fort négatives (contre la boisson) ; le comble de la noirceur a été atteint par le CPAD, qui utilise régulièrement dans la presse une série de messages mettant l'accent de façon percutante sur la déchéance physique et morale du buveur excessif. Cette constatation ne constitue pas en soi un juge-

ment de valeur défavorable à ce type d'approche ; nous ne sommes pas sûrs qu'il faille systématiquement éviter les messages "traumatisants" en éducation pour la santé (témoin la récente campagne "les médicaments n'y changeront rien" de Question Santé). Chaque type de message doit être jugé en fonction des résultats qu'il peut avoir en rapport avec les objectifs poursuivis par ses émetteurs.



Non à la morosité.

Le Comité Français d'Éducation pour la Santé n'avait pas encore orchestré de campagne sur le thème de l'alcool. Quand on connaît l'ampleur du problème et l'importance des moyens dont le Comité dispose, ça vaut la peine de s'attarder quelques instants sur ce qu'il en a fait.

Incontestablement, la campagne actuelle prend le contrepied du discours habituel contre l'alcool. Le slogan illustre très bien l'esprit de la

campagne : "Un verre ça va. Trois verres ... bonjour les dégâts". C'est pas triste, cela met en valeur la modération plutôt que l'abstinence, cela vise l'abus avant tout.

Soigneusement préparée en collaboration avec une agence de publicité, dotée d'un budget confortable d'environ 75 millions de FB, (1), l'action s'appuie largement sur de courts films destinés à la TV et aux salles de cinéma. Ces spots, réalisés par Jean Becker ("L'été meurtrier", avec Adjani et Souchon), présentent le message dans toutes les situations possibles pour atteindre le plus large public, du restaurant à la boum en passant par la soirée TV. Les deux films que nous avons vus étaient pleins d'humour, tout à fait remarquables.

Vendre la modération, est-ce bien raisonnable ?

Techniquement, la campagne du Comité Français semble avoir tous les atouts dans son jeu. Mais réussira-t-elle pour autant à modifier une opinion profondément ancrée selon laquelle les dégâts apparaissent bien au-delà du troisième verre fatidique ? L'avenir et l'évaluation apporteront peut-être une réponse à cette question. En attendant, il n'est pas indifférent de signaler que les producteurs d'alcool français nous poussent eux-mêmes à être raisonnables depuis quelques mois, puisqu'ils assortissent librement, sans prescrit légal, leur publicités d'un conseil : "sachez apprécier et consommer avec modération". Est-ce parce que le "bon usage de la petite goutte" est dans l'air du temps ? N'est-ce pas plutôt une diabolique incitation à la consommation avec bonne conscience ? ■

(1) C'est l'équivalent de l'enveloppe dont dispose chez nous le Ministère de la Communauté française pour subsidier toutes les activités d'éducation pour la santé !

MATERIEL

SOINS DENTAIRES MOINS CHERS POUR LES ENFANTS

Les soins dentaires coûtent fort cher aux patients. De quoi décourager les gens de se rendre tous les six mois chez le dentiste pour un contrôle et de se faire soigner les caries quand il est temps encore.

C'est d'autant plus regrettable lorsque le même calcul est effectué en ce qui concerne les soins destinés aux enfants. Les négligences se paient certainement quelques années plus tard.

Dans ce contexte, on se félicitera de la convention intervenue récemment entre les dentistes et les mutuelles, même si elle ne porte que sur quatre prestations.

Dans le but de faire connaître cet accord, Infor Santé a réalisé un dépliant qui en explique tous les aspects.

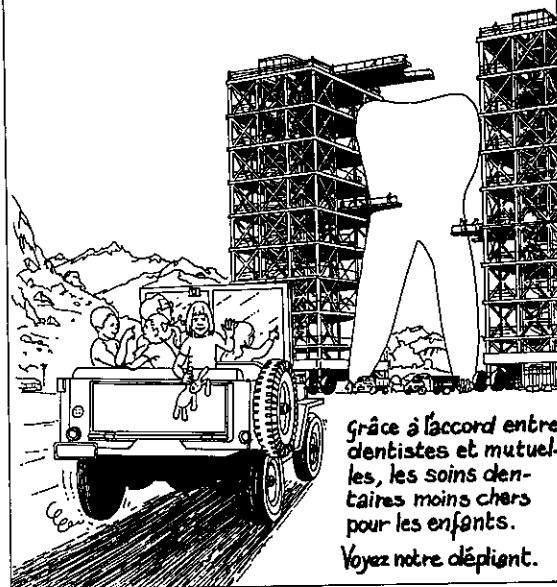
Cette action s'inscrit dans le cadre de la campagne "La santé sans peine".

LE BON USAGE DES MEDICAMENTS

Ouvrir une gélule, mettre la poudre dans un verre d'eau, jeter le "plastique" et puis avaler le mélange (santé !), cela arrive, et cela n'est souvent pas très agréable.

Un geste aussi simple en apparence que prendre un médicament n'est pas aussi anodin qu'il paraît.

OBJECTIF DENTS



Grâce à l'accord entre
dentistes et mutuel-
les, les soins den-
taires moins chers
pour les enfants.
Voyez notre dépliant.

*L'affiche à laquelle vous avez échappé.
Les studios Hergé n'ont pas voulu ...*

Vous pouvez obtenir un spécimen gratuit de ce dépliant et de l'affiche consacrée au même thème sur simple demande à Infor Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles.
Tél. 02/230.78.90, poste 192.■

On signale souvent que nombre de patients ne suivent pas les prescriptions du médecin. Ce qu'on appelle un défaut de "compliance" est dû à de multiples facteurs, parmi lesquels certains peuvent être liés au savoir et à la maîtrise du patient sur son traitement et ses médicaments.

Infor Santé a jusqu'à présent abordé surtout des grandes familles de médicaments, antidouleurs, antibiotiques, vasodilatateurs cérébraux et périphériques, somnifères.

4. Comprimés
Il s'agit de poudre "normalisée". Souvent de forme ronde, mais pas toujours ; souvent de couleur blanche, mais pas toujours.
A avaler avec un verre d'eau ou diluée dans un verre d'eau, selon les indications de la notice.

5. Comprimés effervescents
Comprimés qui se dissolvent dans l'eau en pétillant un peu, car ils contiennent du bicarbonate de soude. On doit nécessairement les dissoudre dans un verre d'eau.

6. Dragées
Comprimés recouverts de sucre. A avaler avec 1/2 verre d'eau.

7. Gélules (capsules)
Médicament composé de deux cylindres de gélatine qui s'emboîtent l'un dans l'autre. Le produit actif, en poudre, se trouve à l'intérieur. On avale les gélules avec un verre d'eau. Attention, ne pas ouvrir les gélules pour dissoudre la poudre dans l'eau. C'est inutile et généralement inefficace !
Particulier à éviter que de substances présentes dans les gélules à ouvrir, notamment en homéopathie. Dans ce cas, il précipitera le chim.

8. Gouttes

- Gouttes pour les yeux : les mettre dans un verre d'eau. Il y a des gouttes pour enfants qu'on peut leur mettre directement en touchant avec une pipette spéciale ;
- Gouttes pour les yeux oculaires :
 - adulte : les mettre dans les yeux en dessous des paupières une à une. Ne pas lécher !
 - enfant : couché, le tête légèrement relevée, yeux fermés ; mettre les gouttes dans le coin interne de l'œil, lui faire ouvrir lentement les yeux ;
- Gouttes pour le nez : se moucher, pencher la tête en arrière de façon à ce que le nez soit plus bas que le menton, mettre les gouttes, respirer pour que les gouttes aillent dans les sinus. L'effet est d'être couché sur le dos, et de rester couché pendant 30 secondes après avoir mis les gouttes dans le nez.
- Gouttes pour les oreilles : les mettre dans les oreilles en penchant bien le visage de l'oreille côté, pour que le médicament ne ressorte pas mais bien qu'il ait agité ! Ne pas lécher !
Ne pas utiliser des gouttes spéciales pour les yeux dans les oreilles ou le nez, et vice-versa. Chaque type de goutte a un usage spécifique et spécial !

Il a paru aussi utile de fournir une information sur des notions encore plus élémentaires, telles que : questions à poser au médecin, manière de prendre les différentes formes de médicaments, péremption, ... Le tout généreusement illustré.

Outre la note "Le bon usage des médicaments", on peut fournir un modèle pour réaliser un kit reprenant des spécimens des différents médicaments, comprimés, ampoules, suppositoires et autres. Nous pensons que ce matériel simple peut aider les animateurs à familiariser leurs groupes avec les médicaments sans préjuger de l'utilité de ceux-ci. Cela est une autre affaire qui peut être abordée dans d'autres animations !

Pour tous renseignements : Infor Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles. Tél. 02/230.78.90.■

LA PEUR DE GROSSIR

L'alimentation, les régimes diététiques sont des thèmes très populaires en éducation pour la santé. Ce n'est donc pas un hasard si le premier "Atelier Santé" de Vie Féminine est consacré à ce sujet.

On nous propose des pistes pédagogiques pour animer un ensemble de trois séances sur le sujet, à l'intention de toutes les femmes, pas seulement des militantes. La première séance est consacrée à un inventaire de l'image de la femme dans le passé, mais aussi et surtout à l'heure actuelle, avec la valorisation de modèles minces.

La deuxième séance met en valeur les intérêts commerciaux gravitant autour des femmes désireuses de maigrir, et les possibilités d'agir et de s'informer à des prix démocratiques.

La troisième séance développe une vision de l'équilibre de vie, dépassant le seul problème de l'alimentation pour déboucher sur une idée globale de la santé.

Tout cela est expliqué dans un dossier comportant également un ingénieux jeu des menus permettant d'établir un diagnostic de la qualité de son alimentation quotidienne.

Pour tous renseignements : Vie Féminine, rue de la Poste 111, 1030 Bruxelles. Tél. 02/217.29.52 - 217.74.41.■

DOMINO-SANTE

La Croix-Rouge de Belgique propose un nouveau jeu destiné à familiariser

les enfants de 5 à 8 ans à diverses situations de la vie quotidienne impliquant des conséquences sur leur santé.

Il s'agit d'un jeu de domino contenant trente pièces illustrées. Aux

jeunes joueurs d'associer les éléments abordant une même situation, sous forme de problème/solution.

La moitié des illustrations couvre la prévention des accidents domestiques et à l'extérieur, l'autre moitié est consacrée à l'hygiène et à l'alimentation. Tous thèmes déjà traités par la Croix-Rouge dans le passé.

Une feuille explicative permet aux

enfants de comprendre les situations dont le sens leur aurait échappé pendant la durée du jeu.

Le "jeu de domino" peut être obtenu au Service Education Sanitaire de la Croix-Rouge de Belgique, chaussée de Vleurgat 84, à 1050 Bruxelles, et en joignant un timbre à 20 F. pour les frais d'envoi.■

COMPAGNIE D'ASSURANCES EPICEE

Notre consommation excessive de sel a des conséquences néfastes sur la morbidité dans notre pays. Dès lors, suggérer des idées alternatives pour épicer les plats n'est pas une mauvaise chose. Du goût sans les inconvénients du sel, voilà un programme alléchant.

Il est symptomatique de constater que l'initiative de faire une carte des épices nous vient d'une compagnie d'assurances. Cette dernière a in-

térêt à ce que ses clients ayant souscrit une assurance-vie restent en bonne santé le plus longtemps possible. Dès lors, la préoccupation de les voir "saler léger" qui s'inscrit dans la mouvance du célèbre parcours vita (ex (exercice physique) n'est pas faite pour surprendre.

Comme quoi l'idée que la prévention peut être rentable fait son petit bonhomme de chemin.

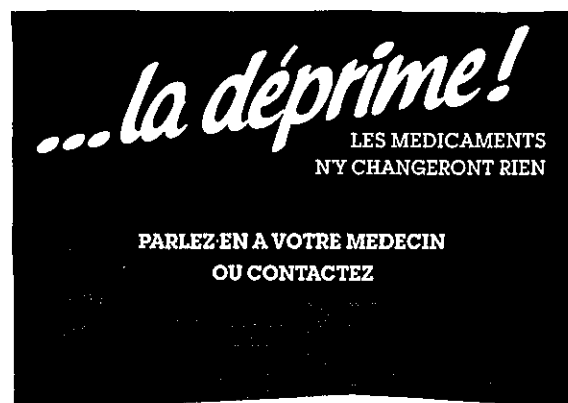
En tout cas, la carte des épices, destinée à être placée dans la cuisine, est un bon exemple de promotion intelligemment comprise.

Disponible aux Assurances Populaires, rue Livingstone 6, 1040 Bruxelles.■

LES MEDICAMENTS N'Y CHANGERONT RIEN

Bien relayée par les media (dont "En Marche"), la campagne d'affichage "Les médicaments n'y changeront rien" a probablement eu un certain impact, dû en partie à la brutalité du message.

Certains pouvaient craindre que ces affiches laissent le public désespéré, en ne faisant que poser le problème. Pour des personnes fragiles, confrontées à l'image de leurs propres difficultés, auxquelles on dit que le recours aux psychotropes est inutile, il y a de quoi se jeter dans le canal !



Une réponse.

Question Santé a compris qu'il n'était pas possible de se limiter à cette affirmation, et propose maintenant une cinquième affiche apte à "atténuer" l'effet des quatre premières, en tout cas à transmettre un peu d'espoir.

Alors que les premiers posters portaient le problème, le cinquième apporte des éléments de réponse, signalant aux personnes concernées qu'il y a des gens et des institutions pour les aider. D'abord le médecin traitant, bien sûr, qui connaît bien son patient, et qui n'est pas nécessairement une machine à prescrire du Valium. Ensuite, en donnant les adresses et téléphones de tas d'organismes, Télé-Accueil, SOS Jeunes, des Centres de Guidance et de Santé Mentale, des Centres de Planning familial, etc. Question Santé étant aidée par la Commission Française de la Culture de l'Agglomération de Bruxelles, cette affiche ne contient que des adresses bruxelloises.

Une action exemplaire.

Que l'affiche-réponse ait été conçue au départ du projet (ce que laisse entendre Question Santé) ou qu'elle ait été réalisée en catastrophe suite au déroulement percutant de la campagne (ce que nous serions portés à croire) importe peu. Il s'agit ici d'une remarquable opération de sensibilisation, dont le mérite est d'autant plus vif que le sujet abordé est particulièrement délicat.

... La déprime ! Les médicaments n'y changeront rien, affiche gratuite disponible à Question Santé, rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles. Tél. 02/512.41.74. ■

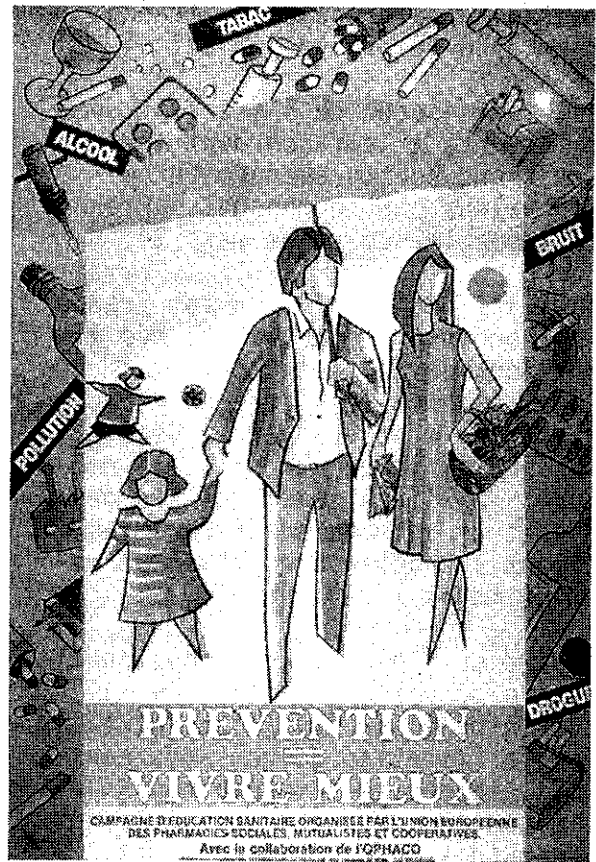
LE BON ET LE MAUVAIS MEDICAMENT

"Prévention = vivre mieux", voilà une équation à laquelle pas mal de gens souscrivent, en tout cas intellectuellement. C'est le slogan d'une campagne d'affichage organisée par l'Union Européenne des Pharmacies Sociales, Mutualistes et Coopératives.

L'affiche est assez curieuse. Question de style d'abord : on a l'impression de plonger vingt ans en arrière sur le plan graphique ; ce n'est pas vraiment le style Atome, mais presque !

Sur le plan du contenu ensuite. Le message est global, puisqu'il invite le public à se protéger de diverses nuisances : alcool - tabac - pollution - drogue - bruit. Comme on voit aussi des gélules et des comprimés, on suppose que ces médicaments sont considérés comme drogues, autrement dit qu'on vise ici le "mauvais usage" du médicament.

Sous le parapluie par contre, une charmante jeune femme porte un panier plein de fruits et légumes d'un côté, et de l'autre un sachet dont tout porte à croire qu'il contient des



médicaments dont on fera "bon usage". Est-ce à dire qu'il faut prendre des médicaments (lesquels, mystère) à titre préventif, comme on fait du sport, pour "vivre mieux" ? Subtil discours ...

Affiche disponible à OPHACO, chaussée de Mons 602, 1070 Bruxelles. Tél. 02/522.56.90. ■

LU POUR VOUS

LA SANTE CA MARCHE

Depuis près de 4 ans, un magazine centré sur la santé a fait son petit bonhomme de chemin, et réussi à se constituer une audience importante. Il s'agit de "Vital", l'incontestable leader de cette frange du marché de la presse périodique.

Il est intéressant de s'attarder quelques instants à la façon dont les informations sont présentées et mises en valeur par ce mensuel. Prenons par exemple le numéro de mars 84.

En feuilletant "Vital", on est frappé par l'abondance et la qualité des illustrations en couleur : cela commence par une jolie fille blonde en couverture et cela s'achève par un beau pull blanc en laine au dos de la couverture. A l'intérieur, des tas de photos et de pubs en quadrichromie, quasiment à chaque page. Avec un maximum de modèles féminins.

Un regard sur le contenu rédactionnel permet de préciser la vision de la santé véhiculée par "Vital" ; cocktails d'énergie (recettes de boissons sans alcool), le régime alimentaire qui a fait gagner Moser, ceux qui bâtissent l'avenir (des "grosses têtes" des grandes écoles bien dans leur peau), parée pour la gym nouvelle (la gymnastique rythmique), êtes-vous une gagnante ou une perdante (sans commentaire), avec des glaçons (massage-beauté), pour arrêter le mal de dos (15 pages !), charlotte, tes carottes ! (des recettes pour prendre goût à la carotte), les secrets d'un dormeur champion, ...



Tout d'abord, il est évident que le public visé est essentiellement jeune, actif et féminin. Cela fait pas mal de lectrices potentielles. A ces lectrices, "Vital" offre une image globalement positive d'elles-mêmes, que ce soit physiquement ou mentalement. De quoi alimenter une tendance au narcissisme très présente dans notre société, et que le magazine ne fait que renforcer. Cette érotisation de l'image du corps va de pair avec la valorisation de modèles basés sur la réussite individuelle (pas besoin de réfléchir beaucoup pour savoir si "Vital" est du côté des "gagnants" et des "perdants"). Ensuite, le journal donne des trucs plutôt que des grands discours. Ça doit être d'application immédiate, qu'il s'agisse d'équilibre alimentaire ou de soulager les douleurs lombaires.

Le succès du magazine prouve que la recette est bonne, n'en déplaise aux partisans d'une promotion de la santé moins "commerciale".

On admettra volontiers d'ailleurs que certains sujets rébarbatifs, présentés

sous un éclairage avantageux, favorisent une prise en charge positive de l'individu, et même, pourquoi pas, certaines modifications comportementales bénéfiques.

Sans pouvoir être érigé en exemple, étant donné les valeurs ultra-individualistes et libérales qu'il véhicule, "Vital" offre quand même des

pistes aux éducateurs sanitaires encore trop souvent imprégnés de la grandeur et du sérieux de leur tâche. Un peu de couleur ne fait pas de tort !

Vital coûte 80 FB et est en vente dans toutes les librairies. ■

LOVE, LOVE

Ce n'est pas la première fois qu'on utilise la B.D. pour faire passer un message dans le domaine de l'éducation sexuelle et affective. La différence, avec "Love, Love c'est vite dit", c'est que les auteurs ont tourné résolument le dos au discours didactique traditionnel, pour nous présenter le sujet à coup de petits instantanés. Y sont décrits des comportements, des idées, des valeurs propres aux adolescents d'aujourd'hui observés avec finesse et reproduits avec une grande exactitude. Les jeunes auxquels s'adresse l'album se retrouveront sans doute dans les personnages de Martine, Patrick, Pascale et Yves dont la vie quotidienne et les déboires sentimentaux sont croqués sur le vif en courtes séquences d'une planche.

Le graphisme, inspiré de Wasterlain (Docteur Poche, Jeannette Pointu) montre que la dessinatrice, Jean Claire Lacroix, a des lettres (ou plutôt des dessins!).

Pour la petite histoire, ajoutons que ce volume est le fruit d'une collaboration entre le CEDUC (Joseph Noël), Educa-Santé (Martine Bantuelle), Freddy Gazan et le CNIJ (Claude Oreel).



"Love, Love ... c'est vite dit" est une bonne B.D. Quant à son utilisation pédagogique, elle nécessiterait un guide d'accompagnement. De bonne source, on nous annonce que cela va se faire. Tant mieux.

L'album est en vente en librairie et coûte 150 FB.

Pour usage didactique (écoles, mouvements de jeunes, ...), il est possible de l'obtenir à 50 FB pièce (40 FB pièce par 10 exemplaires), plus 18 FB pour les frais d'envoi. Pour tous renseignements : Infor Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles, tél. 02/230.78.90, poste 192.

Claude OREEL, Jean-Louis LEJEUNE, Jean Claire LACROIX, Love, Love ... c'est vite dit !, Editions Infor Jeunes, 1983, 48 pages. ■

LA REVOLUTION DU SOMMEIL

Pierre FLUCHAIRE nous avait déjà séduits avec son précédent ouvrage "Bien dormir pour mieux vivre". Ici, il récidive chez un grand éditeur, avec la chance d'atteindre un public plus important.

C'est tout le mal qu'on lui souhaite étant donné la qualité et l'agrément des informations qu'il nous transmet sur le sommeil.

Dans "La révolution du sommeil", il nous apprend à mieux connaître cette activité dont nous avons oublié toute l'importance (nos animateurs peuvent

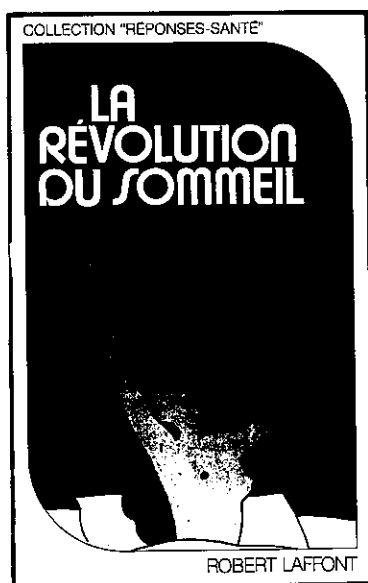
"Le sommeil de l'avenir.

Dans un siècle (donc aucun - ou presque - des humains existants ne connaîtra ce "sommeil du futur", mais très progressivement une transformation de la manière de dormir s'opérera), il est vraisemblable que nos lits actuels avec tous leurs accessoires, matelas, sommier, traversin, oreiller, édredon, draps et même, d'ailleurs, nos pyjamas et chemises de nuit ne seront plus utilisés. Ils n'existeront plus que dans nos souvenirs et paraîtront aussi anachroniques que le lit de la reine de Saba - ou celui des riches Romains - composé uniquement de plaques de marbre agrémentées de quelques coussins ; et aussi délicieusement démodés que les lits clos, surélevés, à baldaquin, remplis de plumes dans lesquelles on s'enfonçait, et recouverts d'énormes édredons dans lesquels dormaient nos grand-mères. Aux USA on trouve déjà des lits vibrants qui vous délassent en vous berçant, avec coussins d'eau chauffants et musique incorporée qui induisent le sommeil avec programmation de la musique et de la température de l'eau. Mais aux environs de l'an 2000 le lit ressemblera de plus en plus à ce qu'on appelle déjà aux Etats-Unis "nuage des anges" : on y flotte sur des jets de ce qu'on appelle de l'"eau solide". Ce sont des particules extrêmement fines de grains de sable pulvérisés et pulsés par une soufflerie ; le corps y flotte dans l'espace, sans aucun contact avec le lit. On dort sur "coussin d'air". Ce lit est déjà utilisé efficacement pour les grands malades.

Le lit du futur sera une sorte de grand aquarium teinté de couleurs calmantes : on y flottera en état d'apesanteur sur bain spécial, plutôt gazeux. Le sommeil y sera infiniment plus agréable et efficace, ce qui permettra d'y dormir encore moins longtemps ... sauf par plaisir".

extrait p. 279-280

en témoigner). Il nous invite à le réhabiliter, carrément, et il a bien raison.



Ensuite, Pierre FLUCHAIRE nous apprend à "conduire notre sommeil", ce qui ne va pas de soi, contrairement à ce que beaucoup imaginent. Il aborde très concrètement des tas de questions pratiques, de quoi nous rendre la vie et le repos plus faciles et agréables. Il nous donne également le "mode d'emploi" du sommeil. Mieux vaut celui-là que celui des somnifères !

Enfin l'ouvrage se termine par d'étonnantes perspectives d'avenir. On n'a décidément pas fini de (re)découvrir cet extraordinaire phénomène.

Pierre FLUCHAIRE, La révolution du sommeil, Laffont Collection "Réponses Santé", 1984, 296 pages, 547 FB. ■

POUR LES GENERALISTES

Beaucoup de médecins se plaignent de la rareté d'une information sérieuse sur les médicaments dans notre pays. Le praticien n'a quasiment le choix qu'entre l'"information" en provenance de l'industrie pharmaceutique et les trop modestes Folia Pharmacotherapeutica. Il y a bien le Répertoire Commenté des Médicaments, mais cette référence utile ne s'avère pas très maniable à l'usage.

Les praticiens flamands ont de la chance, qui disposent depuis peu d'un remarquable "Medisch Zakboekje Geneesmiddelen". Cet ouvrage au format de poche est le fruit d'un travail de groupe de longue haleine (trois ans), supervisé par des autorités incontestables, tel le Prof. BOGAERT, pharmacologue de l'Université de Gent. Notons aussi que ce travail bénéficie du soutien du Ministre de la Santé de la Communauté flamande.

L'ouvrage s'adresse en priorité au généraliste, et limite son objet aux données utiles à l'omnipraticien.

Les grands types de médicaments dont le généraliste est amené à se servir dans sa pratique quotidienne sont passés en revue de manière très concrète : introduction, description des groupes, indications, sélection, utilisation, produits recommandés.

Le regard porté ici sur les médicaments est sans complaisance, et les auteurs rappellent en termes parfois brutaux que la prescription n'est pas toujours un modèle du genre dans notre pays.

*"Lors d'une enquête sur le traitement de travailleurs flamands en incapacité temporaire de travail suite à un syndrome grippal, on a enregistré une prescription d'antibiotiques dans 89 % des cas. Quand on sait que l'antibiothérapie se justifie dans maximum 15 % des cas (patients à risque), on ne peut que conclure qu'il y a quelque chose qui cloche dans la manière de prescrire des généralistes flamands".
extrait p. 17.*

Ce petit bouquin est une bombe qui fera grincer bien des dents. Mais il rendra d'inappréciables services au médecin désireux de rafraîchir ses connaissances en matière de médicaments.

On nous annonce qu'une adaptation française du Medisch Zakboekje Geneesmiddelen est en chantier. C'est une bonne nouvelle !

Medisch Zakboekje Geneesmiddelen, Projekt Farmaka, Kluwer Antwerpen, 1983, 508 pages, 695 FB. Format : 110 x 185 mm. ■

ACQUISITIONS

A. MATERIEL DIDACTIQUE

TABAC

Tabagisme et santé (brochure)
Ligue Cardiologique Belge.

ALIMENTATION

Les champignons
(feuille d'information)
Club Pharmaceutique d'Education pour la Santé.

Cartes des épices (affiche)
Les Assurances Populaires.

MEDICAMENTS

Pour la pharmacie familiale du médecin (cartes)
Janssen Pharmaceutica.

Les drogues ... un abîme
(affiche)
Croix-Rouge de Belgique.

La Belgique Tranquille
(brochure)
Autant Savoir.

Deux ans de chômage ...
(affiche)
Question Santé.

Monique m'a abandonné ...
(affiche)
Question Santé.

Alain m'a quittée ...
(affiche)
Question Santé.

Seule ... (affiche)
Question Santé.

... La déprime ! (affiche)
Question Santé.

Fiches de transparence.
Comité Français d'Education pour la Santé.

SECURITE

Objectif sécurité
(cahier d'exercices)
Croix-Rouge de Belgique.

Hémorragie externe - que faire ?
(affiche)
A.N.P.A.T.

Brûlure - que faire ? (affiche)
A.N.P.A.T.

Détresse respiratoire - que faire ?
(affiche)
A.N.P.A.T.

Electrocution - que faire ?
(affiche)
A.N.P.A.T.

Arrêt respiratoire - que faire ?
(affiche)
A.N.P.A.T.

Fracture d'un membre - que faire ?
(affiche)
A.N.P.A.T.

Intoxication par ingestion - que faire ? (affiche)
A.N.P.A.T.

Victime inconsciente - que faire ?
(affiche)
A.N.P.A.T.

L'électricité dans notre vie ?
(feuille d'informations)
Club Pharmaceutique d'Education pour la Santé.

SEXUALITE

Love, Love ... c'est vite dit
(bande dessinée)
Edition Infor Jeunes.

SOMMEIL - REPOS - STRESS

Notre sommeil ... dormir ...
(disque - brochure - série de diapos)
Publication de l'Ecole Moderne Française.

Un train nommé sommeil (dépliant)
Infor Santé.

Le sommeil c'est naturel (affiche)
Infor Santé.

Le sommeil et les somnifères (dossier)
Infor Santé + Germ.

VACCINATION - DEPISTAGE - PREVENTION

Etre vacciné, c'est aussi protéger les autres (feuille d'information)
Club Pharmaceutique d'Education pour la Santé.

INSTITUTIONS ET SERVICES DE SANTE

Guide pratique à l'intention du Comité de Sécurité, d'Hygiène et d'Embellissement des lieux de travail (brochure)
Commissariat Général à la Promotion du Travail.

Mieux respirer - Mieux vivre
(dépliant)
Service de Pneumologie du Centre Hospitalier de Ste-Ode de Baconfoy.

L'anesthésie (fiche)
Centre d'Education du Patient.

HYGIENE

Je protège ma santé.
(cahier d'exercices)
Croix-Rouge de Belgique.

MEDECINES ALTERNATIVES

Comprendre pour guérir - La santé, ça s'apprend (brochure)
Infor Vie Saine.

THEMES MULTIPLES

Lëtzebuenger Gesondheetskalenner 1983
(calendrier)
ULC + Ministère de la Santé Grand Duché de Luxembourg.

Jeu de domino (jeu)
Croix-Rouge de Belgique.

B. LIVRES

ALIMENTATION

/ 14 jours pour maigrir. Un calendrier de recettes à suspendre dans votre cuisine. Ed. Chantecler, 1981, 15 p., 145 FB.

HOBERT, E. Devenir svelte et le rester. Manger sainement en perdant vos kilos superflus.
Ed. Chantecler, 1979, 61 p., 145 FB.

COLLIN, B. Mes recettes de santé.
Ed. Ligue Cardiologique Belge, 1983, 86 p., 450 FB.

MEDICAMENTS

JEAN, D. Médicaments nature et chimie. Ed. Le Hameau, 1983, 219 p., 79 FF.

DECHENE, J. Le placebo. Ed. Roche, 86 p.

SECURITE

VIEUX, N. & JOLIS, P. Manuel de secourisme. Ed. Médicales Flammarion, 1962, 346 p.

SEXUALITE

STEWART, F., GUEST, F., STEWART, G. & HATCHER, R. Mon corps, ma santé. Le guide gynécologique de la femme avérée. Ed. Médicales Beaudry, 1981, 607 p.

SOMMEIL - REPOS - STRESS

FLUCHAIRE, P. La révolution du sommeil. Ed. Robert Laffont Paris, 1984, 296 p., 547 FB.

VACCINATION - DEPISTAGE - PREVENTION

/ La médecine préventive de Belgique. Ed. CEPESS, 1966, 184 p.

PACEY, A. Rural sanitation : planning and appraisal. Intermediate Technology Publications, 1980, 68 p.

INSTITUTIONS ET SERVICES DE SANTE

Répertoire des institutions opérant dans le domaine de l'éducation pour la santé de Suisse.

La Société Suisse de Médecine Sociale et Préventive ; La Société Suisse de Politique de la Santé ; L'Institut Sandon d'Etudes en matière de santé et d'économie sociale, 1983, 449 p.

POULTIER, M. Comme la prunelle de mes yeux. Récit d'une détresse en milieu médical. Ed. Germ, Bruxelles, 1982, 112 p., 250 FB.

HYGIENE

DELORE, P. Guide de la santé. Pratiques d'hygiène individuelle. Ed. Sociales Françaises, 1949, 153 p.

INTEGRATION ET ADAPTATION SOCIALE

Proposition pour une politique de lutte contre la pauvreté et la précarité en Belgique. Fondation Roi Baudouin, 1983, 173 p.

MEDECINES ALTERNATIVES

PFEIFFER, C.C. & GONTHIER, P. Equilibre psycho-biologique et oligo-éléments. Ed. Debarb Paris, 1983, 507 p., 120 FF.

CONAN-MERIADEC, PEZE & RUASSE. L'homéopathie aujourd'hui, vous connaissez ? Ed. De Vecchi, 1983, 239 p., 65 FF.

MAURTOT, L. & R. Ils se sont guéris sans médicaments. C.E.D.S. Editions Mini Collection Nature et Santé, 1977, 91 p.

VULGARISATION MEDICALE

BERAUD, C. Le foie des Français. Ed. Stock/Laurence Pernoud, 1983, 44 p., 98 FF.

POLITIQUE DE LA SANTE ET D'EDUCATION A LA SANTE

Health education policy development. Processus and structures. Sixth international seminar on health education. Federal Centre for Health Education, 1981, 135 p.

/ Pour une politique de la santé. Ed. Vie Ouvrière et La Revue Nouvelle, 1971, 142 p., 160 FB.

VAN DEN BERGHE . Report on the cancer registration. (1971-1975). National Confederation of Christian Sickness Funds, Bruxelles, 1983, 116 p.

FORMATION ET RECYCLAGE EN EDUCATION A LA SANTE

DESVALS, H. Comment organiser sa documentation scientifique. Ed. Gauthier-Villars, 1978, 271 p., 730 FB.

BOJIN, J. & DURAND, R. Documents et exposés efficaces. Les Editions d'Organisation, Paris, 1982, 198 p., 1.350 FB.

MIERMANS, M.C. & LECLERCQ, D. Apport à la méthodologie de l'évaluation des actions en éducation pour la santé. Université de Liège, 1982, 241 p. (+ annexes).

LEATHAR, HASTINGS & DAVIES. Health Education and the media. Pergamon Press, 1981, 602 p., 5.634 BF.

GONDRAND, F. L'information dans les entreprises et les organisations. Les Editions d'Organisation, Paris, 1983, 365 p.

BOYD, R.D. Redefining the discipline of adult education. Jossey Bass Pub., San Francisco, Washington, London, 1980, 219 p., 1.558 FB.

SMITH, D.H. e.a. Participation in social and political activities. Jossey-Bass Publishers, San Francisco-Washington-London, 1980, 219 p., 1.558 BF.

ROLOFF, M.E. & HILLEN, G.R. Persuasion: New directions in theory and research. Sage Publications Beverly Hills London, 1980, 311 p., 959 BF.

McQUAIL, D. Mass communication theory. Sage Publications, London Beverly Hills, 1983, 245 p., 1.198 BF.

RICE, R., PAISLEY, W. Public communication campaigns. Sage Publications, London - Beverly Hills, 1981, 328 p., 1.800 BF.

EDUCATION A LA SANTE A L'ECOLE

/ Suzanne et C°. Junior secouriste. Fascicule 0. Croix-Rouge de la Jeunesse, 1981, 63 p.

/ Les règles essentielles d'intervention en cas d'accident. Junior secouriste. Fascicule 1. Croix-Rouge de la Jeunesse, 1981, 27 p.

/ La fonction neurologique. Junior secouriste. Fascicule 2. Croix-Rouge de la Jeunesse, 1981, 26 p.

/ La fonction respiratoire. Junior secouriste. Fascicule 3. Croix-Rouge de la Jeunesse, 1981, 24 p.

/ La fonction circulatoire. Junior secouriste. Fascicule 4. Croix-Rouge de la Jeunesse, 1981, 36 p.

/ L'appareil locomoteur. Junior secouriste. Fascicule 5. Croix-Rouge de la Jeunesse, 1981, 37 p.

/ La peau. Junior secouriste. Fascicule 5. Croix-Rouge de la Jeunesse, 1981, 40 p.

/ L'appareil digestif. Junior secouriste. Fascicule 7. Croix-Rouge de la Jeunesse, 1981, 31 p.

/ Le jeu et l'électricité. Junior secouriste. Fascicule 8 - 9. Croix-Rouge de la Jeunesse, 1981, 61 p.

PHASES DE LA VIE

Gériatrie pour l'omnipraticien. Service d'Information Médicale de Beecham Pharma, 1981, 280 p.

Aide et secours aux personnes âgées. Annexe au livre "Gériatrie pour l'omnipraticien". Service d'Information Médicale de Beecham Pharma, 1981, 45 p.

PHASE DE LA VIE

VAN EECKHOUT, M.T. Le savoir élever les enfants des femmes d'aujourd'hui. Ed. BODARD-TAUPIN, 1960, 255.

PARKER, E. Les sept âges de la femme. Ed. Marabout, 1960, 413 p., 50 FB.

JEANNERET, O., SAND, E.A., DESCHAMPS, J.P., MANCIAUX, L. Les adolescents et leur santé. Ed. Flammarion, Médecine Sciences, 1983, 484 p., 150 FF.

SANTE DES IMMIGRES

/ Etudes et documents sur le milieu migrant : l'alimentation. Migrations Santé, 1983, 60 p., 30 FB.

La documentation recensée dans cette rubrique peut être consultée à infor santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles

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

- en écrivant ou en téléphonant à INFOR SANTE, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles, tél. 02/230.78.90 (postes 112 et 192) ;
- en consultant sur place la documentation disponible (matériel didactique, revues, presse). INFOR SANTE est ouvert du lundi au vendredi de 8 h.30 à 12 h. et de 13 h. à 16 h.

Rédacteur en Chef	:	Jacques HENKINBRANT
Secrétaire de Rédaction	:	Christian DE BOCK
Mise en page	:	Theo DEBEER Christian DE BOCK
Editeur responsable	:	Jean HALLET
Editeur scientifique	:	Dr. Luk VAN PARIJS

CONDITIONS D'ABONNEMENT

1 an (4 numéros) : 200 FB.

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

INFOR SANTE organise aussi "La santé sans peine", campagne d'information destinée au grand public, plus particulièrement au consommateur de soins de santé.

Thèmes abordés	:	le bon médicament au meilleur prix ; que doit contenir la pharmacie familiale ? les antidouleurs, oui, mais ... les tranquillisants, la solution ? les antibiotiques ; visites et consultations : payez le juste prix ; hospitalisation : payez le juste prix.
Matériel	:	affiche ; dépliant ; spot dia ; dossier "En Marche".
Prix	:	varie en fonction du matériel et des quantités.