



## L'adolescence et le risque

# La santé mentale, ça se soigne ou ça se fête?

**Le 10 décembre 2010, le Service de Santé mentale (SSM) du CPAS de Charleroi célébrait ses 30 ans. L'occasion de fêter ça très sérieusement, en organisant un colloque au menu de circonstance : deux interventions en plénière, six ateliers...**

Dans le prochain numéro d'*Éducation santé*, vous pourrez lire un article de **Colette Barbier** consacré à l'exposé du psychiatre **Serge Tisseron**, qui s'était partagé la plénière du matin avec le sociologue **Alain Ehrenberg**. Précisons seulement qu'il leur est revenu la tâche difficile, à la suite du Président du CPAS et de la Ministre en charge de la Santé en Région wallonne, d'animer une salle confrontée à des conditions d'écoute et d'échange spartiates, en l'absence bien involontaire de chauffage ! Un feu de bois, un repas, un (ou deux) verre(s) de vin plus tard, les ateliers devaient favoriser les échanges avec les participants, à partir des pratiques des équipes du SSM. En voici les intitulés :

- quand Internet interroge la prise en charge en santé mentale ;
- le travail thérapeutique sous injonction judiciaire : est-ce possible ;
- panser les parents... penser les enfants : soutien à la parentalité au sein d'un SSM avec des familles en rupture de lien ;
- *donnez-moi et je serai*. Patient-thérapeute, qu'en est-il de la singularité de leur rencontre aujourd'hui ?
- la place et l'usage des médicaments dans un SSM ;
- approche communautaire, promotion de la santé... Quelle *im*-pertinence en santé mentale ! ?

Les thèmes traduisent déjà la variété des questions qui occupent les équipes d'un service de santé mentale et colorent les *Regards sur la santé mentale*, titre de cette journée anniversaire. Nous proposons de pousser la porte de l'atelier 6, co-animé par l'équipe Prévention/Promotion de la santé du SSM du CPAS, et l'équipe 'communautaire' du SSM

bruxellois *Le Méridien*. Bien qu'il fut trop rarement le premier choix des professionnels mobilisés par la santé mentale, nous osons croire que cet atelier a la préférence des lecteurs d'*Éducation Santé*...

## Promotion de la santé, approche communautaire, tout se joue dans la rencontre...

En avril 2009, l'équipe Prévention/Promotion de la santé du SSM du CPAS de Charleroi entamait son deuxième programme quinquennal de promotion de la santé. Il s'adresse aux adultes relais professionnels ou non professionnels de la famille, du quartier et de l'école. Ce programme a pour finalité de soutenir la capacité des relais à promouvoir le bien-être des publics « jeunes » (à partir de 6 ans), en proposant par exemple des pistes d'action sur l'*estime de soi* des enfants ou des adolescents, en développant une sensibilité et des repères pour construire avec les jeunes *des relations et un environnement épanouissants* (sécurisants, sources d'apprentissage, solidaires, etc.). Cette démarche situe les *conduites à risque*, les consommations par exemple<sup>1</sup>, dans une perspective plus large et positive de promotion de la santé. L'accent est mis sur les facteurs de protection de la santé individuels (estime de soi, compétences sociales), collectifs (participation à des projets) ou environnementaux (offre de services, aménagement ou convivialité dans le quartier)...

Les activités de l'équipe Prévention/Promotion santé comprennent la sensibilisation, la formation, l'accompagnement de projet mais également le lobbying (plaidoyer). Prenant appui sur l'identité et les ressources multiples du CPAS, l'équipe déploie aussi ses activités dans la « Maison des parents » de Dampremy ou l'« Espace jeunes » de La Docherie, projets menés sur deux des trois Espaces citoyens du CPAS. Les Espaces citoyens implantés à Dampremy, Marchienne-Docherie et Marchienne-au-Pont, privilégient une

approche communautaire pour leurs activités éducatives, psycho-sociales ou d'aide à la réinsertion.

Une rencontre toute naturelle s'est donc opérée entre équipe, objectifs et stratégies de promotion de la santé d'un côté, et de l'autre côté, ressources, expériences et publics des Espaces citoyens qui vitalisent l'approche communautaire à Charleroi. Deux membres de l'équipe Prévention/Promotion santé se trouvent d'ailleurs à l'Espace citoyen de Dampremy.

Les 30 ans du SSM offraient une belle occasion d'illustrer une rencontre, qui se joue premièrement au sein d'un Centre Public d'Action Sociale, en y conviant ensuite – quoi de plus normal pour un anniversaire ? – d'autres acteurs liant santé (mentale) et approche communautaire.

Il s'agit cette fois de membres de l'équipe Communautaire du SSM *Le Méridien*. Cette équipe « développe et fédère des pratiques qui visent à renforcer les solidarités dans les quartiers et la capacité d'autonomie des populations face aux problèmes de santé mentale<sup>2</sup> ». Créée en 1994, l'équipe communautaire du *Méridien* avait pour vocation première « la sensibilisation et la formation de professionnels à des méthodes de santé mentale communautaire et d'animation de groupes d'habitants du quartier (Saint-Josse) »... Elle s'est progressivement muée en « collectif de professionnels partageant des pratiques et valeurs similaires : autonomie, proximité, entraide, *empowerment*, action collective, politique, etc. ». Aujourd'hui, l'équipe anime notamment une « Plate-forme sur l'articulation des démarches cliniques et communautaires dans les SSM ». Le travail d'échanges et de réseautage entre professionnels prend appui sur la présentation des projets des uns et des autres et vise à mieux cerner les contours de l'approche communautaire en santé mentale, afin d'en renforcer in fine la (re-)connaissance.

<sup>1</sup> L'équipe Prévention était auparavant intégrée à l'équipe *Toxicomanies/Assuétudes* du SSM du CPAS de Charleroi.

<sup>2</sup> Propos de Nathalie Thomas repris du site du *Méridien* consacré à la Santé communautaire, cf. <http://www.meridien-communautaire.be/index.html>, rubrique « collectif ».

Ce 10 décembre 2010, les équipes Prévention/Promotion de la santé du CPAS de Charleroi et Communautaire du *Méridien* s'associaient pour explorer en atelier la question suivante : en quoi les démarches communautaires ou de promotion de la santé peuvent-elles contribuer à la santé mentale des populations ? Dit autrement : en quoi sont-elles *pertinentes ou impertinentes* en santé mentale ?

### Santé mentale d'ici et de là-bas...

Pour démarrer l'atelier, rien de tel que de se donner un cadre définitoire, et de mettre pour ce faire les participants au travail ! Qu'entend-on par « santé mentale » ? Et en se mouillant un peu plus, « si on vous demandait de compléter la phrase : *Pour moi, être en bonne santé mentale c'est...*, qu'auriez-vous envie de dire » ?

Voici un florilège des réponses données par les participants (médecin, psychologues cliniciens ou chercheurs, acteurs de promotion de la santé de première ou deuxième lignes...):

- «... se sentir soutenue, avoir confiance en soi, écouter ses émotions » ;
  - «... parler, rire, être à l'aise, râler et le dire » ;
  - «... avoir le sentiment d'avoir une place distincte des autres, dans mon travail, dans la société en général, être en accord avec mes valeurs, avoir des projets, être en capacité de faire face aux difficultés...» ;
  - «... parvenir à organiser tous les domaines de ma vie, communiquer de manière sereine et bienveillante avec mes proches, être acceptée telle que je suis...» ;
  - «... se sentir apaisé, libre de toute pression ».
- Et « côté publics », comment des jeunes d'un quartier de Charleroi ou des femmes résidant à Saint-Josse (Bruxelles) répondent-ils à cette question ? À la Docherie, ancien quartier ouvrier, des jeunes de 12 à 18 ans fréquentant le projet « Espace Jeunes » disent « être en bonne santé mentale, à condition de...»
- «... courir, faire du sport » ;
  - «... dormir » ;
  - «... sortir avec des amis » ;

- «... ne pas rester seul » ;
- «...aller sur Facebook » ;
- «... ennuyer les filles ».

À Bruxelles, des femmes dont certaines sont en attente d'une régularisation de leur situation administrative et de séjour, disent pouvoir « être en bonne santé mentale, à condition de...»

- «... ne pas devoir vivre cachée car on est sans papier » ;
- «... pouvoir assurer que les enfants vont bien à l'école » ;
- «... avoir des nouvelles de sa famille restée au pays ».

### Dans le travail du Service de santé mentale du CPAS de Charleroi, l'accent est mis sur les facteurs de protection de la santé individuels (estime de soi, compétences sociales), collectifs (participation à des projets) ou environnementaux (offre de services, aménagement ou convivialité dans le quartier...).

Toute personne recèle des images, des vécus, des idées... Bref, se représente la santé mentale. Tributaires des contextes, ces représentations constituent, en promotion de la santé et dans une démarche de santé communautaire, le premier médium de la rencontre avec le public (et entre les individus qui le composent). Le recueil des représentations permet en quelque sorte de se rapprocher de l'ici-maintenant des personnes, pour entamer la démarche *avec* elles, au plus près des préoccupations, du langage et des priorités de chacune, et de chacune dans le groupe... L'articulation entre individu et collectif(s), l'aller-retour régulier entre les deux, est rappelons-le l'un des enjeux fondamentaux de la promotion de la santé et, plus spécifiquement, de l'approche communautaire au service de l'amélioration du bien-être.

### Deux définitions pour (encore) plus de santé mentale

Si l'on a forcément des images ou certaines idées à propos de la (bonne) santé mentale, les confronter aux définitions d'« experts » peut enrichir ce premier trésor de représentations. En promotion de la santé, l'OMS reste une valeur *réflexe*. Elle définit la santé mentale, comme « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ».

Une définition volontaire qui projette la santé mentale hors de la pathologie<sup>3</sup>, dans un élan « positiviste », censé faciliter la projection (dans ce que l'on souhaite comme individu ou collectif), la définition de buts (« La santé pour tous ! »), l'espoir (un moteur individuel et collectif) et la mobilisation (des personnes et des États).

En ces temps de *crises*<sup>4</sup>, face à ceux qu'on nomme les « laissés-pour-compte-de-la-société », quand « l'aide sociale » se mue en « action sociale »<sup>5</sup>, la définition de l'OMS peut soudainement revêtir d'étranges relents de libéralisme : « potentiel », « succès », « productivité », « contribution »... S'ils doivent être replacés en contexte et dans l'évolution des approches en santé, ces mots pourraient aujourd'hui résonner comme autant d'*injonctions* à être heureux, à réussir sa vie et/ou celle des autres, à produire, etc. Nous avons donc cherché une autre vision, née justement du regard d'un professionnel en santé mentale, portant une attention particulière aux déterminants sociaux... Le psychiatre français **Jean Furtos**, cofondateur et Directeur scientifique de l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité (ONSMP<sup>6</sup>), propose une définition de la santé mentale humaniste, qui laisse notamment place à la souffrance : « Une *santé mentale suffisamment bonne est définie par la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans des-*

3 Tout comme auparavant la santé s'est trouvée présentée par ce qu'elle est (un état, puis une ressource), et non plus uniquement par ce qu'elle n'est pas (une maladie).

4 Il est vrai qu'on met aujourd'hui la « crise » à toutes les sauces : elle est sociale, économique, éducative, sociétale... Ce qui peut, tout en reconnaissant la nécessité d'une vision complexe, flouter quelque peu les déterminants fondamentaux de ces situations de crise...

5 On dit désormais Centre Public d'Action Sociale et non plus d'Aide Sociale.

6 « Fondé en 1996, l'Observatoire régional Rhône-Alpes sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion (ORSPERE) devient en 2002, au regard de ses activités nationales, l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité (ONSMP). Il s'adresse à un public de professionnels du champ sanitaire et social qui, dans l'exercice de leur fonction, sont confrontés à la souffrance psychique, génératrice d'exclusion sociale et/ou d'altération de la santé mentale », extrait du site de l'ONSMP-ORSPERE, <http://www.orspere.fr/Presentation-de-l-orspere/#1>



tructivité mais non pas sans révolte ». Furtos formule encore d'autres jalons, que d'aucuns en promotion de la santé appelleraient « life skills » (compétences de vie), il s'agit de : « la capacité de vivre avec autrui, de rester en lien avec soi-même et de pouvoir investir et créer dans cet environnement, y compris des productions atypiques et non normatives ».

Le 10 décembre dernier, dans l'atelier 6, la confrontation à ces deux définitions a eu un effet d'apaisement... Comme si l'essentiel avait été dit pour concevoir la santé mentale dans toute sa densité. Mais j'entends déjà s'élever la voix des plus pragmatiques, avec cette interpellation : « Et concrètement, que peut-on faire pour agir sur la santé mentale ? Et comment ? ». Porter le regard du côté de la pratique des équipes 'communautaires' et 'prévention/promotion de la santé' vaut sans doute mieux qu'un trop long discours...

### L'illustration par l'approche communautaire (*Le Méridien*)<sup>7</sup>

#### Contexte : anti-psychiatrie et déterminants sociaux de la santé mentale

Le SSM *Le Méridien* est né dans le giron du courant ambulatoire des années soixante et de la psychiatrie sociale. Il est situé dans la commune de Saint-Josse-ten-Noode (à Bruxelles), l'une des plus pauvres de Belgique. Les quartiers qui la composent hébergent des populations diversifiées au niveau social, culturel et économique. *Le Méridien* a rapidement mis en place, à côté des consultations de guidance et de psychothérapie, une équipe communautaire chargée de développer une démarche abordant la santé mentale par un autre biais que la pathologie. En effet, dans ces quartiers populaires, les problématiques rencontrées dans les consultations dépassent en général le cadre d'un travail thérapeutique classique : problèmes de logement, de non-emploi, d'exclusion sociale, etc.

#### Des finalités et des méthodes au croisement de l'éducation populaire, de la mobilisation politique et de la promotion de la santé

Le projet de l'équipe communautaire du *Méridien* s'est inspiré des principes développés par le Brésilien **Paulo Freire**, initiateur du courant de l'éducation populaire (années 60), qui visait à rendre une communauté capable de s'organiser et d'agir sur ses conditions d'existence. Sa méthode visait à apprendre aux personnes dominées à saisir les rapports sociaux dans lesquels elles s'insèrent et les structures qui sont sources d'inégalité sociale. Il s'agit aussi de rechercher les causes historiques et sociales des situations douloureuses et de développer des actions pour transformer cette réalité sociale. L'originalité de la démarche du *Méridien* réside dans l'application de la méthodologie d'éducation populaire dans le champ particulier de la santé mentale. Une part importante du travail de groupe avec des habitants est en effet centrée sur l'élaboration des expériences de vie personnelles, familiales et communautaires, sur la mise en place d'espaces de paroles et de narration. Cette méthodologie doit permettre le passage d'un travail de développement personnel vers des actions collectives, un passage du « je » vers un « nous » groupal, puis vers un « nous tous », les êtres humains.

■  
L'originalité de la démarche du *Méridien* réside dans l'application de la méthodologie d'éducation populaire dans le champ particulier de la santé mentale.  
■

Autre outil de référence, la grille de **José Bengoa**<sup>8</sup>, anthropologue et philosophe chilien. En invitant à circuler à travers quatre axes de travail en groupe (identité, modernité, participation et changement social), Bengoa permet d'articuler souffrances singulières, problématiques collectives et actions de changement social.

La conception du travail communautaire du *Méridien* s'enracine également dans l'histoire sociale de Bruxelles et dans une conception qui lie clairement travail social et luttes politiques. Elle se relie aussi aux principes de la déclaration d'Alma Ata : approche globale de la santé, santé pour tous, participation individuelle et collective des citoyens à la planification et la mise en œuvre des soins de santé (OMS 1978) et de la Charte d'Ottawa (1986). Plus récemment, elle intègre les considérations sur la « souffrance sociale », portées notamment par Jean Furtos (cf. supra).

#### Une méthodologie en 4 étapes pour agir collectivement en santé mentale...<sup>9</sup>

1. Le diagnostic groupal : une fois constitué et en confiance, un groupe de participants (habitants par exemple) « décide ensemble des thèmes à aborder, à partir des préoccupations, des problèmes et des désirs de changement des participants ».
2. La mise en commun des savoirs expérientiels : organisés « en groupes restreints, les participants partagent les expériences vécues liées au thème choisi, en se centrant sur les émotions, les difficultés rencontrées et les ressources mobilisées (...) Cette étape favorise l'émergence d'un *sentiment d'appartenance communautaire* ».
3. La contextualisation : les éléments rapportés par les sous-groupes sont resitués « en regard du contexte social. Cela permet de passer à une analyse plus collective des situations vécues, puis de réintégrer cette analyse dans le vécu du sujet (...) Ce qui aide à dépasser les sentiments de culpabilité, de victimisation ou d'impuissance.
4. L'action collective : cette étape renvoie à la mise en acte au niveau interpersonnel et collectif : « (...) Quel impact pouvons-nous avoir au-delà des membres du groupe, sur notre quartier ou nos communautés d'appartenance (...) ? Comment pouvons-nous arriver à un *changement social* ? »

7 Éléments de présentation repris du site [http://www.meridien-communautaire.be/declaration\\_meridien\\_communautaire.html](http://www.meridien-communautaire.be/declaration_meridien_communautaire.html) et complétés de la présentation réalisée par Nathalie Thomas et Namur Corral lors de l'atelier du 10 décembre 2011.

8 Voir notamment les articles et documents relatifs à José Bengoa sur le site du Centre de formation pour le développement et la solidarité internationale Iteco, sur <http://www.iteco.be/spip.php?page=recherche&recherche=bengoa>

9 Extraits du dossier Bruxelles Santé n°60, pp 11-14, décembre 2010, nous soulignons. Téléchargeable sur <http://www.questionsante.org/o3publications/charger/bxlsante60.pdf>



Saint-Josse au quotidien

Photo © Christophe Licoppe / Photo News

## L'illustration par la promotion de la santé en lieu de vie (CPAS de Charleroi)

### Contexte : une campagne de prévention nationale vue de Charleroi...

Croisant la demande des éducateurs du projet « Espace Jeunes » de la Docherie (quartier de Marchienne) qui souhaitent aborder la question des consommations (d'alcool), avec l'actualité de la deuxième campagne nationale d'Information sur l'Alcool et les Autres Drogues (IDA, 2009), l'équipe Prévention/Promotion de la santé a accompagné Espace jeunes dans l'élaboration et la co-animation de rencontres avec les jeunes du quartier. Le tout s'est mis en place avec le concours du Point d'Appui Assuétudes du CLPS de Charleroi-Thuin.

Espace Jeunes est un projet de l'Espace citoyen de la Docherie, et fonctionne à la manière d'une « maison de quartier ». Les jeunes (12 à 18 ans et plus) y participent à des projets/activités de loisirs/détente, à vocation éducative ou citoyenne... Certaines activités réalisées au bénéfice de la collectivité (embellissement du quartier, encadrement de l'École de devoirs, etc.) peuvent permettre aux jeunes d'obtenir un défraiement en tant que volontaires, ou de réunir ensemble un petit bénéfice qui sera ensuite réaffecté à un autre projet...

■

**Dans le quartier de la Docherie, Espace Jeunes poursuit l'organisation de rencontres « thématiques » avec les jeunes du quartier, pour exercer et installer davantage les « fameuses » compétences-santé.**

■

Les rencontres « Santé, consommations et alcool » se sont inscrites dans cette dynamique, en proposant à une quinzaine de jeunes de pré-tester, sous le statut de « jobistes » (volontaires défrayés), des « activités santé » destinées à d'autres personnes de leur âge (15 ans et plus)... L'idée était également de consigner ces activités sur une fiche d'animation à l'usage des relais éducatifs et donc, au profit

d'autres jeunes en Communauté française.

### Objectifs : renforcer les compétences-santé des jeunes

De manière générale, il s'agit de faire prendre aux jeunes une part active dans l'élaboration d'un outil de sensibilisation relatif aux consommations d'alcool. Ce qui permet déjà *d'augmenter leur pouvoir d'action sur leur santé*<sup>10</sup>. Plus spécifiquement, les rencontres « Santé, consommations et alcool » souhaitent renforcer et exercer des compétences aussi transversales que : la connaissance de soi, la capacité d'analyse et de recul, la capacité à exprimer ses émotions, à faire valoir son opinion... Des compétences à mettre également au rang des « life skills » (« compétences de vie » ou «... à la vie », « aptitudes à la vie quotidienne »).

### Activités réalisées : variété et complémentarité des techniques

Trois rencontres se sont déroulées en avant-soirée dans le restaurant social du quartier. Elles ont conjugué un photo-langage pour faire connaissance (capacité à parler de soi); un brainstorming au départ des deux séquences de la campagne IDA 2009 relatives au « binge drinking », et la structuration des débats autour des pôles « produit-personne-environnement » (capacité d'analyse et de compréhension du processus de consommations); et, enfin, des jeux de rôles au départ de situations de consommations vécues par des jeunes (entraînement de la capacité de négociation, de prise de distance par rapport aux pressions de groupe, etc.).

Cette démarche a permis également aux animateurs (éducateurs relais et partenaires) de transmettre des éléments d'informations à propos des consommations, mais aussi sur d'autres thématiques-santé abordées : l'alimentation, les relations parents-enfants, les relations amoureuses, etc.

### Et aujourd'hui, que reste-t-il de tout ça ?

Très concrètement d'abord : une fiche d'animation « À ta santé!, Santé, consommations, alcool, des idées pour en parler avec les jeunes » est mise à la disposition des relais éducatifs, y compris en milieu scolaire<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> La fameuse définition de la promotion de la santé...

<sup>11</sup> Elle peut être commandée au 071 53 26 44 ou au 071 20 24 42.

Dans le quartier de la Docherie, Espace Jeunes poursuit l'organisation de rencontres « thématiques » avec les jeunes du quartier, pour exercer et installer davantage les « fameuses » compétences-santé... Actuellement, sur base des centres d'intérêt de la petite vingtaine de jeunes (12 à 18 ans et parfois plus) fréquentant le projet « dochard », un cycle d'activités s'organise autour de la violence. Après avoir exprimé leurs représentations à ce sujet, les jeunes ont été invités à visionner les 40 premières minutes du film de **Clint Eastwood** « Gran Torino » (40 minutes seulement, quelle frustration!)... Deux intervenantes du Service de médiation scolaire (SMSW) de la Communauté française ont pris le relais pour faciliter échanges et activités visant :

- la prise de recul des jeunes face aux situations, attitudes et comportements violents (les leurs, ceux des autres), pour en comprendre les déterminants, en mesurer aussi les conséquences éventuelles ;
- la découverte d'outils/techniques permettant la régulation de l'impulsivité ;
- la découverte d'intervenants/ressources utiles dans ce domaine (comme le Service de Médiation Scolaire en Wallonie par exemple) ;
- l'élaboration collective de règles ou d'une « Charte du vivre ensemble » pour l'Espace jeunes. Ce qui permettra aux éducateurs de reprendre leur place dans les échanges et dans la conduite des activités avec les jeunes qu'ils côtoient quasi quotidiennement...

Dans ce processus continu, l'équipe Prévention/Promotion de la santé du SSM du CPAS de Charleroi, vit parfois de près (observation, appui à la construction et à l'animation), mais souvent de plus loin (debriefing, recherche de partenaires, appui au suivi, etc.), cette démarche de promotion de la santé dans le quartier. Une réunion récente avec les éducateurs a permis d'en appréhender *quelques traces* ou impressions sur l'environnement de l'Espace Jeunes de La Docherie :

- les paroles des jeunes qui ont émergé lors d'un photo-langage sur le bien-être/la santé mentale sont affichées et piquent la curiosité des jeunes qui passent... ils en parlent !
- les éducateurs foisonnent d'idées pour poursuivre le travail sur « la violence » (« ça vaudrait la peine d'y consacrer une année »),



Plongée sur la Docherie

mais vue plutôt sous l'angle de la relaxation (« Soyons zen », « Be cool ») et en explorant différents médias : musique, peinture, théâtre...

- on pense à rendre toute cette activité plus visible dans le quartier... Des liens sont faits avec les activités sportives qui peuvent aider à évacuer les tensions, toute cette énergie (si visible chez les garçons)...

Qui prétendra encore que ceci ne relève pas de la santé mentale, une « certaine » santé mentale ? Dit à l'anglaise, un bien-être qui commence dans le care (« prendre soin de ») et avant le cure (« soigner/guérir »). Une santé où l'on réveille et entretient tout ce qui protège, par exemple, des « bitures » à répétition, ou des « pétages de plombs » qui dégènèrent... : estime de soi, savoir-être relationnels, connaissance et utilisation des ressources de santé, identification des adultes de confiance ou autres « tuteurs de résilience », etc.

### À vous de nous dire...

De retour dans l'espace-temps de l'atelier 6, ce fameux 10 décembre enneigé à Marcinelle, on a enfin redonné la parole aux participants.

Que pensaient-ils de ces pratiques en santé communautaire et promotion de la santé ? En quoi relèvent-elles de la santé mentale ? Le temps nous manquait, mais nous avons quand même recueilli quelques éléments de réponse, nous invitons les lecteurs d'*Éducation Santé* à les compléter, les nuancer...

Approches communautaires et de promotion de la santé « collent » assez avec le cadre définitoire de la santé mentale, tant celui des participants, des publics, que celui des (autres) « experts ». Reste évidemment à assumer ce cadre extensif et à le diffuser (à ceux qui n'étaient pas dans l'atelier par exemple...).

L'inscription de ces approches dans le vécu des personnes et des collectifs, leur caractère prospectif (dépasser la difficulté, partager un objectif/sens et se mettre en action pour y arriver ensemble...), recèlent un potentiel thérapeutique/soignant.

À la manière des approches systémiques ou complexes, elles ont un puissant pouvoir de « reliance » : entre des personnes, des niveaux d'intervention, des lieux de vie différents, des préoccupations et des pratiques ou profils professionnels... Un peu comme la vie elle-même finalement.

Ce pouvoir de reliance dont l'impact n'est sans doute plus à prouver sur la santé mentale des personnes et des groupes, est sans doute plus difficile (impossible ?) à faire refléter par un dispositif (décrets, financements, politique(s))... Alors en attendant ou en demandant mieux, des acteurs bricolent cette cohérence au quotidien.

En conclusion, permettons-nous d'imaginer la rencontre des ressources et leur conjugaison pour que de si beaux et créatifs « bricolages » en santé mentale se muent en un édifice aussi souple et humble que l'on peut rêver l'humain, par exemple. À vous/nous de jouer !

**Emmanuelle Caspers**, Coordinatrice de l'Équipe Prévention/Promotion Santé-SSM du CPAS de Charleroi, avec la collaboration de **Nathalie Thomas** pour l'équipe Communautaire du SSM *Le Méridien*.  
Adresse de l'auteure : Service de santé mentale du CPAS de Charleroi, Faubourg de Charleroi 7, 6041 Gosselies. Courriel : [emmanuelle.caspers@cpascharleroi.be](mailto:emmanuelle.caspers@cpascharleroi.be)



# Évaluation de la campagne 'Stop le sel'

En 2009, une campagne visant une diminution de la consommation de sel a été menée dans le cadre du Plan national nutrition et santé belge<sup>1</sup>. Le CRIOC a été chargé du post-test de cette initiative. Cela a été fait au moyen d'une enquête téléphonique auprès de 620 personnes âgées de 18 ans et plus résidant en Belgique.

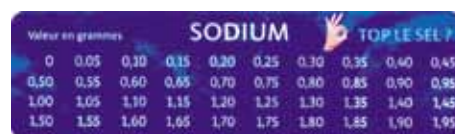
## Un bilan en demi-teinte

Peu de gens connaissent le repère nutritionnel (6 grammes par jour, et l'OMS parle même de 5 g), la plupart de répondants pensant même que la dose journalière à ne pas dépasser est de 12 g... Si les gens se souviennent plus ou moins de messages relatifs à l'alimentation ou l'activité physique, il y en a très peu (2 %) qui évoquent spontanément la question du sel (par comparaison, 46 % évoquent la recommandation de manger tous les jours des fruits et légumes). En conclusion, la faible connaissance de départ sur le repère 'sel' justifie sans aucun doute une campagne, mais les outils utilisés (site, brochure d'info, salinomètre) ne permettent pas d'espérer (et de loin), l'impact d'une vraie campagne médiatique. Un membre du comité d'experts directeur du PNNS, quelque peu iconoclaste, n'a pas hésité à déplorer que la communication se soit axée sur 'moins de sel' plutôt que sur 'plus de goût'... Au rayon plus positif, quand le message est connu, il est bien intégré, voire suivi d'effet en

termes de réduction de la consommation. L'incitation au changement est donc bien réelle. Cela dit, comme le rappelle *Test Santé* dans sa livraison de février-mars 2011, le consommateur belge, qui n'est responsable que de 15 % des 10 à 11 grammes de sel qu'il avale chaque jour, doit plutôt compter sur une pression des autorités européennes incitant les fabricants à modifier la formulation de leurs plats préparés et autres charcuteries, fromages ou conserves...

Un fameux défi pour les prochaines années !

**Christian De Bock**, d'après le document « Post-test de la campagne 'sel' » du CRIOC



Le salinomètre, qui 'traduit' le sodium en sel

## Identification des recommandations

Pas mal de consommateurs se sentent quand même concernés, et envisagent de suivre certains conseils, ou le font déjà.

CONSEIL	CONNU	SUIVI
	(%)	(%)
En faisant les courses, je lis les étiquettes pour connaître le taux de sel	27	16
Pour réduire ma consommation de sel, je mange plus de fruits, de légumes et de pommes de terre	50	48
Pour réduire ma consommation de sel, j'assaisonne différemment	52	48
Pour réduire ma consommation, je prends un petit déjeuner à faible teneur en sel	56	56
Pour réduire ma consommation, je choisis des aliments moins salés	62	59
Pour réduire ma consommation, je limite le 'fast-food'	77	71
Pour réduire ma consommation, j'évite la salière	57	32
Je remplace le sel par le sel iodé	32	23

Le gadget de la campagne, le 'salinomètre', est très peu connu, 1 % des répondants seulement arrivant à le décrire correctement. Le site [www.stoplesel.be](http://www.stoplesel.be) est tout aussi confidentiel (4 % le connaissent).

<sup>1</sup> Voir C. De Bock, 'Stop le sel ! Une campagne pour la réduction de notre consommation de sel', Éducation Santé n° 247, juillet-août 2009 ([www.educationsante.be/es/article.php?id=1140](http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1140)).

## Mon petit coin

De nombreux enfants ne reçoivent pas une éducation adéquate au sujet des bonnes habitudes à acquérir aux toilettes, ce qui engendre parfois de sérieux problèmes de santé : troubles de la miction, infections urinaires, constipation... Troubles qu'on pourra retrouver à l'âge adulte. Forte de ses observations, une équipe pluridisciplinaire des Cliniques universitaires Saint-Luc

a mis au point le projet 'Mon petit coin' en partenariat avec des enseignants et l'Antenne de Watermael-Boitsfort du PSE Libre de Bruxelles-Capitale. L'objectif de cette initiative est de sensibiliser tous les partenaires de l'éducation à une bonne utilisation des toilettes à l'école et à la maison ainsi qu'à une bonne hygiène de vie. L'outil a la forme d'un jeu de l'oie, et vise des en-

fants de 6-8 ans. Il comprend un plateau de jeu, une feuille de conseils (par exemple, apprendre à tirer la chasse, ce qui semble à tort aller de soi...), un dossier pédagogique, un dépliant informatif pour les parents et un poster à personnaliser en classe. Les enfants reçoivent un petit personnage, un 'stop-porte' et un diplôme. À noter, il s'agit d'un travail bénévole, réalisé

sans beaucoup de moyens, et le jeu lui-même n'a pu être reproduit qu'en un nombre limité d'exemplaires. Cela crispa quelque peu les équipes venues à sa présentation officielle et sa distribution, équipes peu conscientes

sans doute des trésors de patience et de volonté qu'il a fallu aux conceptrices de l'outil pour faire aboutir leur démarche. Inévitablement, la question de l'état lamentable de certaines toilettes scolaires ne manqua pas

d'être posée, sans pour autant stigmatiser des 'coupables'...

Pour en savoir plus :

marie-pierre.damiens@uclouvain.be et  
anne-francoise.meurisse@uclouvain.be

## RÉFLEXION

# L'adolescence et le risque

## 1<sup>re</sup> partie - Quelques considérations générales

***L'adolescence a longtemps été confinée au processus de puberté biologique qui s'est vu complété plus tard, avec l'apport de la psychologie, de sa dimension psychique. Limité à cet aspect pubertaire, les études du 19<sup>e</sup> siècle sur l'adolescence se sont attelées à déceler les « troubles causés par la puberté » (goût du viol, agitateur politique, etc.) afin d'essayer d'y remédier. L'approche psychologique de la première moitié du 20<sup>e</sup> siècle va continuer dans cette direction en focalisant sur la crise adolescente.***

Appréhendée sous cet angle restreint, l'adolescence a été considérée principalement comme un moment critique, comme un danger pour la société, comme une période d'immaturité, comme un vecteur de désordre par rapport à l'enfance, perçue quant à elle comme une période d'harmonie, d'obéissance et de soumission à l'adulte (Fize, 2002, p.25-29). L'adolescence s'est vue réduite à une période de crise et il a fallu attendre, la fin des années 60 pour que cette appréhension réductrice soit remise en question. D'abord parce que cette « crise » ne concerne qu'une partie des adolescents, parce qu'elle est incon nue de certaines sociétés ritualisées, parce qu'elle n'est pas l'apanage de cette catégorie d'âge, parce qu'elle constitue un moyen de maintenir les adolescents « hors du champ des responsabilités sociales » ou encore parce qu'elle apparaît lorsqu'il y a des troubles antérieurs à l'adolescence. En outre, l'adolescent d'hier n'est pas celui d'aujourd'hui, notamment, parce qu'anciennement il n'y avait aucune période de transition entre l'enfance et

l'âge adulte. Ce n'est qu'à la fin du 19<sup>e</sup> siècle, « avec le développement de l'enseignement secondaire », que l'on a vu apparaître, chez les jeunes de milieux aisés, une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte.

Cette période de transition va ensuite, après la seconde guerre mondiale, se répandre progressivement, avec la massification de l'enseignement, à l'ensemble des couches sociales. Ce n'est donc que récemment que l'adolescent que nous connaissons actuellement avec ses valeurs, ses modes, ses usages, ses styles de vie, ses formes de sociabilité particulières prend naissance et ne se réduit plus à une transformation physique et psychique problématique (Fize, 2002, p.15-18).

Depuis, l'âge adolescent se conçoit aussi comme une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte au cours de laquelle se construit l'identité du jeune. Construction combinant le développement individuel et social qui va amener le jeune d'une part, à se différencier, à se singulariser, pour devenir un être unique et d'autre part, à s'identifier, à s'intégrer, à se référer aux autres pour devenir un être social (Tap, 1980).

Dans ce processus dialectique entre le moi et les autres, la relation développée avec les parents et avec le réseau amical est fondamentale. D'abord, parce que dans son processus de singularisation, le jeune va se confronter aux prescrits parentaux qui vont tantôt le soutenir dans sa démarche, tantôt s'y opposer. Ensuite, parce que dans son processus d'identification, le jeune va se confronter aux autres jeunes parmi lesquels il va se constituer un réseau amical et des symboles identitaires (vê-

tements, goûts musicaux, manières de parler, etc.). Enfin, parce que les abus et les consommations de psychotropes peuvent, dans une certaine mesure, faire partie de ce processus parce qu'ils peuvent permettre au jeune de se découvrir, d'exprimer son autonomie envers ses parents, de tester ses limites mais aussi, le cas échéant, de se sentir reconnu et valorisé par ses pairs.

Généralement, l'influence de la famille, qui occupe une place prédominante pendant l'enfance et en début d'adolescence, va s'estomper au profit de celle des pairs au cours de l'adolescence et de l'entrée dans l'âge adulte. La famille, de par ses valeurs, ses conduites, ses attitudes envers les consommations, son encadrement, ses relations entre ses membres va influencer cette construction identitaire. Elle peut également initier, voire inciter, les conduites à risque à l'adolescence. Cette place de la famille est importante pour ce qui est des usages « licites » tels que l'expérimentation de l'alcool ou la consommation abusive de jeux électroniques qui apparaissent en début d'adolescence. Elle est moins importante pour les usages « illicites » tels que la conduite d'un véhicule sous l'influence de l'alcool ou la consommation de cannabis qui sont davantage des conduites se développant entre pairs en fin d'adolescence.

Bien entendu, pour une majorité de jeunes, les usages et conduites adolescentes vont être limités aux prescrits parentaux ou être confinés à des conduites expérimentales circonscrites à une période spécifique avec l'accord plus ou moins tacite des parents. Il en est, par



exemple, de l'expérimentation de l'ivresse ou des sorties arrosées du samedi soir qui se réalisent bien souvent avec l'accord implicite des parents.

À l'inverse, pour une minorité de jeunes, ces conduites vont débiter précocement et prendre une tournure beaucoup plus régulière et accentuée. Lorsque c'est le cas, ces conduites s'inscrivent, bien souvent, dans un processus caractérisé par une distanciation plus ou moins aiguë, voire une opposition, à l'égard de la famille. Une telle distanciation se combine généralement avec un rapprochement plus ou moins intense à l'égard des amis adoptant eux-mêmes des comportements similaires. Ce cheminement identitaire se trouve d'autant plus facilité qu'il existe au sein de la famille des caractéristiques qui vont inciter le jeune à se différencier, à s'écarter de son univers familial (perception négative des parents, relations conflictuelles parents-enfants, maltraitance infantile, dépression parentale, déficit d'affection, absence d'intérêt à l'égard des activités de l'enfant, alcoolisation parentale, etc.).

Dans ce cas de figure, les transgressions à l'égard des normes parentales (brossage des cours, consommation de cannabis, « mauvaises fréquentations », etc.) sont habituellement l'enjeu de tensions intergénérationnelles alors que, dans un même temps, elles constituent bien souvent des conduites structurant et cimentant les relations entre les pairs, devenant le symbole de l'identité sociale du jeune. Un tel cheminement se rencontre, notamment, chez une partie des jeunes en marge du système scolaire (Pavis et al., 1999 ; Favresse et al., 2000).

Au-delà de la sphère familiale et amicale, l'école ou plutôt les liens tissés entre le jeune et l'institution scolaire occupent également une place prépondérante dans la survenue et l'adoption des conduites à risque. Cette prépondérance se perçoit particulièrement au niveau des jeunes connaissant des problèmes d'adaptation scolaire. Ces derniers cumulent en effet les conduites à risque, s'y adonnent plus régulièrement et adoptent moins de comportements de protection. En outre, ils ont habituellement débuté ces comportements plus précocement que les jeunes qui ne connaissent pas de problèmes de scolarité (Favresse et al., 2003).



Photo © Isopix

Ces problèmes d'adaptation scolaire ne peuvent se comprendre qu'en les rattachant à la fonction même de l'école. En effet, l'institution scolaire constitue non seulement un lieu d'apprentissage et d'adaptation sociale (acquisition de comportements prosociaux, transmission de valeurs et normes de la vie en société, etc.), mais également un lieu de sélection des « bons » et des « mauvais » élèves, un lieu de détermination de l'intégration socio-économique future. Cette sélection s'opère, entre autres, par le biais de l'itinéraire scolaire et des réorientations dans un univers éducatif caractérisé par une hiérarchie entre filières de formation et entre établissements scolaires (Dubet, 2000 ; Delvaux, 2000).

■ **L'influence de la famille, qui occupe une place prédominante pendant l'enfance et en début d'adolescence, va s'estomper au profit de celle des pairs au cours de l'adolescence et de l'entrée dans l'âge adulte.** ■

L'école, pour une majorité de jeunes, va jouer pleinement son rôle d'intégration sociale alors que pour une minorité d'entre eux, elle va se vivre comme un instrument de sanction, de dévalorisation et d'avenir hypothéqué. De telles circonstances favorisent l'attrait envers des pairs connaissant les mêmes pro-

blèmes d'adaptation scolaire ou se situant en marge du système scolaire. Ces derniers constituent une « roue de secours » pour l'adolescent en difficulté scolaire en lui permettant, entre autres, de se sentir exister socialement, d'obtenir une reconnaissance sociale et de se (re)construire une image positive. En contrepartie, il va s'adapter et se conformer aux normes et modes de vie de ce groupe en marge du système scolaire et ce, d'autant plus que ce groupe lui procure des compensations psychoaffectives et répond à ses attentes (Pavis et al., 1999, Favresse et al., 2004). Pour le jeune fragilisé sur un plan scolaire et familial, les amis proches apparaissent comme un rempart contre les événements de la vie, comme un moyen de se préserver mentalement et socialement. Si dans les cas extrêmes, le jeune se construit une identité en dehors du système scolaire, il existe également au sein des écoles des classes rassemblant des élèves connaissant des problèmes de scolarité (brossage scolaire, doubleurs) ou consommant des psychotropes (tabac, alcool, cannabis) (De Smet, 2004). Les rapports familiaux, scolaires et amicaux ne sont évidemment pas les seuls à déterminer le développement adolescent et l'adoption plus ou moins importante de conduites à risque. Des caractéristiques personnelles (sentiment de capacité personnelle, inclination à l'anxiété, goût de l'innovation, motivation scolaire, tendance à l'hyperactivité, etc.),

socio-démographiques (sexe, zone d'habitat, niveau socio-économique, etc.) ou familiales (caractéristiques personnelles des parents, interactions parents/enfants, manque de clarté des règles familiales, etc.) vont servir de fondements, vont formater l'itinéraire de vie et l'adaptation scolaire de l'adolescent (Tremblay et al., 1994; Ryan et al., 1998; Delvaux, 2000; Favresse et al., 2004; Reynaud et al., 2007; Riggs et al., 2006, cités par Roussel et al., 2008). Ainsi, l'enfant n'arrive pas « indemne » à l'adolescence. Il est lui-même le fruit d'un parcours de vie le prédisposant plus ou moins à l'adoption de conduites à risque; prédisposition qui va, le cas échéant, connaître son éclosion pratique avec l'émancipation adolescente.

De même, l'adolescent n'est pas le simple produit de ces instances de socialisation que sont l'école, la famille et les amis. Il est aussi un acteur interagissant avec ces diverses instances, se construisant un parcours personnel fait d'essais et d'erreurs, de réussites et d'échecs, de transformations du réseau amical, de confrontations raisonnées et critiques, de recherches de plaisirs, etc. Ce qui change fondamentalement à l'adolescence, c'est la transformation du rapport à soi et à l'autre, du rapport à la famille, à l'école, aux amis et à la société en général. Ce changement s'effectue généralement de façon progressive mais il peut également revêtir un caractère brusque et chaotique.

Dans l'ensemble, les résultats de l'enquête HBSC 2006<sup>1</sup> confirment l'importance de ces instances de socialisation que sont la famille, les amis et l'école dans l'adoption de comportements à risque. Ils montrent clairement que les conduites à risque et abusives se développent dans un contexte de vie particulier caractérisé notamment par une prédominance des amis, par des difficultés d'intégration scolaire et par des caractéristiques spécifiques sur le plan familial. Une partie de ces caractéristiques se retrouve associée aux différentes conduites analysées plus loin. C'est le cas notamment des sorties avec les amis le soir ou juste après l'école, de la difficulté d'établir une communication avec le père ou la mère, du

fait de ne pas vivre avec ses deux parents ou encore du fait de ne pas aimer l'école. D'autres traits comportementaux se retrouvent associés aux divers usages de psychotropes observés dans nos analyses tels que le brossage scolaire et le changement fréquent d'école, le fait de s'être battu ou d'avoir été agressé ou encore la multiplication des partenaires sexuels pour les plus âgés.

Sur le plan personnel, deux éléments sont transversaux à l'ensemble des conduites analysées : les plaintes régulières en matière de nervosité et la sensation récurrente de déprime. La fatigue matinale les jours d'école caractérise également plus fréquemment les adolescents consommant régulièrement des produits psychotropes et ceux abusant de télévision et de jeux électroniques. À l'inverse, les jeunes adoptant les conduites analysées dans notre étude ne ressentent pas de déficit de confiance en soi et ne se sentent ni plus malheureux, ni plus heureux que les jeunes n'adoptant pas ces types de comportements.

Les résultats de nos analyses laissent ainsi entendre qu'en général les consommations de psychotropes et les conduites abusives à l'adolescence ne sont pas le fruit d'un mal-être global. Ces conduites semblent d'une part, survenir chez des jeunes faisant état de moments réguliers de mal-être (déprime, nervosité) et d'autre part, obéir à des facteurs interpersonnels et sociaux (relations avec les pairs, intégration scolaire).

## L'adolescence et le risque

Si l'observation du risque (toxicomanies, suicides, sexualités dangereuses, etc.) n'est pas nouvelle, le développement de cette notion telle que nous la connaissons actuellement est relativement récent et « repose largement sur l'application du paradigme épidémiologique à l'étude des comportements humains ». Ce développement récent va de pair avec un accroissement des conduites considérées comme à risque (mauvaises habitudes alimentaires, imprudences au volant, consommation de café, « brossage » scolaire, non-port du casque à vélo, etc.) qui sont elles-mêmes déterminées par une multitude de facteurs de

risque (attitudes, connaissances, influence des pairs, comportements familiaux, recherche de nouvelles expériences, ennui, etc.). Cet accroissement des comportements considérés comme à risque provient notamment de l'extension de la notion de santé qui, en tant que bien-être physique, mental et social, se voit déterminée par un nombre plus important de conduites mais aussi du fait que « le nombre de facteurs de risque potentiels pour un problème de santé donné est incalculable » (Perretti-Watel, 2004, p.103-112). Il s'inscrit aussi dans l'évolution des connaissances médicales qui font que des comportements jugés anodins dans le passé acquièrent le statut de risque dans le présent.

Derrière la prise de risque chez les jeunes, nous avons une multitude de comportements dont « le trait commun consiste dans l'exposition de soi à une probabilité non négligeable de se blesser ou de mourir, de léser son avenir personnel ou de mettre sa santé en péril » (Le Breton, 2007, p.122). Cette conception du risque appliquée à la santé globale concerne des comportements marginaux de « mise en jeu de sa propre vie » (Adès et al., 2004), de confrontation au danger et à la mort (suicide, anorexie, course automobile, etc.), des conduites de « souffrance » (automutilations, boulimie, etc.), des conduites socialement valorisées (sport intensif, addiction au travail, etc.), des comportements socialement réprouvés (délinquance, violence, usage de psychotropes, etc.) ou encore des conduites largement répandues au sein de nos sociétés (consommation d'alcool, habitudes alimentaires, rapports sexuels, etc.).

Aborder la question du risque, c'est aussi se rappeler que la vie est en soi un risque et que le risque zéro n'existe pas. Prendre en considération que le risque fait partie intégrante de la vie, qu'il est utopique de pouvoir le contrôler dans son intégralité, c'est aussi préparer le jeune à l'anticiper, à le gérer, à le dépasser, à réaliser des choix en « connaissance de cause ».

Comme souligné ci-dessus, les conduites à risque font fréquemment partie de la construction identitaire de l'adolescence (dé-

<sup>1</sup> Voir [www.ulb.ac.be/esp/sipes](http://www.ulb.ac.be/esp/sipes) - onglet Publications, pour télécharger les documents de l'Enquête Health Behaviour of Schoolaged Children. Vous y trouverez notamment la bibliographie complète relative à cet article.

couverte de soi, de son autonomie et de ses limites, reconnaissance et valorisation auprès des pairs, etc.) sans pour autant signifier automatiquement une mise en péril de la santé. Sur ce point, il importe de conserver à l'esprit que le risque à l'adolescence renvoie, majoritairement, à une expérimentation d'indépendance et, minoritairement, à une construction d'une personnalité déviante ou pathologique. La dépendance à des produits psychoactifs, hormis pour le tabagisme, présente un caractère relativement marginal notamment parce que les usages de drogues dites dures (cocaïne, héroïne, etc.) sont particulièrement peu répandus chez les mineurs ou, encore, parce que les symptômes de sevrage font suite à des années de consommation. Aborder les usages de substances psychoactives à l'adolescence, c'est aussi prendre en compte que :

- ces usages sont instables et les motivations liées à ces usages sont changeantes au cours de cette période de vie ;
- le niveau de consommation à l'adolescence est peu prédictif de la consommation à l'âge adulte et ceci, contrairement à la précocité de ces usages ;
- les usages adolescents – et plus encore ceux des jeunes adultes – sont plus souvent abusifs et liés à des moments spécifiques à forte connotation sociale que ceux des adultes qui sont davantage inscrits dans le quotidien et liés à des raisons personnelles (oublier le travail, se détendre, etc.) ;
- les usages abusifs ont tendance à diminuer avec l'entrée dans la vie active et l'implication dans une relation affective et familiale stable.

À l'adolescence, et encore plus pour les jeunes adultes, ce sont surtout les comportements sous l'influence de psychotropes et plus particulièrement sous l'influence de l'alcool (conduite d'un véhicule, rapports sexuels non protégés, bagarres, etc.) qui sont les plus préoccupants. Quant à l'installation dans des conduites d'usage répété et/ou de dépendance, si elle connaît habituellement ses balbutiements au cours de l'adolescence, elle dépendra aussi en grande partie de la manière dont l'adolescent arrivera à s'intégrer de manière satisfaisante dans la vie adulte (création d'une vie de famille, intégration professionnelle, etc.) (Williams et al., 2001; Briefer,

2002; Bachman et al., 2002, cités Bingham et al., 2008; Maggs et al., 2004/2005; O'Malley P., 2004/2005, Beck et al., 2007).

La prise de risque à l'adolescence s'inscrit bien souvent dans des rapports intergénérationnels, dans un décalage entre des conduites « subjectivement » perçues comme bénéfiques par les adolescents et « objectivement » conçues comme à risque par les adultes. Ce sont donc davantage les adultes qui perçoivent les comportements adolescents comme à risque plutôt que les adolescents eux-mêmes.

■

**Prendre en considération que le risque fait partie intégrante de la vie. qu'il est utopique de pouvoir le contrôler dans son intégralité, c'est aussi préparer le jeune à l'anticiper, à le gérer, à le dépasser, à réaliser des choix en « connaissance de cause ».**

■

Les jeunes ne raisonnent généralement pas en termes de risque – raisonnement peu cohérent avec leurs représentations relativement abstraites du futur – mais plutôt en termes d'apports immédiats, d'apports inscrits dans le concret des actions. C'est par leurs diverses expériences personnelles, qu'elles soient à risque ou pas, qu'ils entendent se déterminer (Fize, 2002). La consommation de psychotropes par les jeunes est ainsi habituellement orientée vers d'autres fins que le risque : dépasser ses inhibitions, accroître sa capacité physique, se valoriser auprès des pairs, « expérimenter des états de conscience modifiée », etc. Cette quête apparaît notamment lors de l'usage assez répandu d'alcool au cours des premières relations sexuelles. Si cet usage peut favoriser l'adoption de rapports non protégés ou non souhaités, il constitue bien souvent pour le jeune un moyen de contourner la crainte de l'échec, un prétexte si nécessaire, « au fait de ne pas avoir été soi-même », « une manière de se garder une porte de sortie, de sauver la face » (Le Breton, 2006, p.22 et 25). Les discours, les valeurs et les normes véhiculées dans la société, créés par les divers secteurs d'activité (économique, politique, scientifique, sanitaire, culturel, etc.) et dis-

seminés par les médias vont aussi participer au façonnage des conduites à l'adolescence. Ainsi des valeurs de performance, de dépassement de soi, d'hédonisme, de réalisation personnelle ne sont pas limitées à un secteur de vie particulier. Elles se conjuguent également dans les conduites de consommation de produits psychoactifs qui peuvent devenir pour les jeunes un moyen de se mesurer entre eux, de s'affirmer et de se dépasser. Comme le souligne Le Breton, « le fait de « tenir l'alcool » suscite l'admiration et permet d'exister dans le regard des autres » (2006, p.25). Le risque peut donc lui-même se révéler enjeu de compétition avec comme conséquence, entre autres, que plus le risque est important et extrême, plus il est valorisable aux yeux des pairs. Dans ces circonstances, le principal danger pour le jeune, c'est probablement lorsque sa valorisation sociale se limite à cette prise de risque, lorsqu'il n'arrive pas à se valoriser ou à se structurer autour d'autres dimensions de sa vie (scolaire, familiale, affective, etc.). À remarquer que ces valeurs de dépassement de soi, de compétition, d'hédonisme se retrouvent particulièrement bien dans les stratégies mises en place par les cigarettiers et les alcooliers afin de favoriser la consommation de leurs produits. Leurs publicités ou stratégies d'action sont ainsi largement associées à des symboles de préférence eux-mêmes à risque mais connotés positivement par la société (sport, soirée, aventure, festival, etc.). À force de pointer du doigt les conduites à risque à l'adolescence, il est aussi légitime de se demander dans quelle mesure nous façonnons les normes juvéniles, nous construisons de nouvelles identités juvéniles et ce même si ces réalités sont loin d'être représentatives de la réalité adolescente. Ce formatage, nous en sommes tous responsables à des degrés divers même si nous n'en avons pas toujours conscience. Comme le signale le site d'Infor-Drogues ([www.infor-drogues.be](http://www.infor-drogues.be)), une campagne telle qu'il n'y a « pas de fêtes sans Bob » si elle vise à prévenir l'insécurité routière, avale également l'idée qu'il n'y a pas de fête sans alcool. De même, en tant que producteurs de données, lorsque nous décrivons les conduites adolescentes uniquement au travers du prisme de données chiffrées, nous appréhendons ces comportements sous un



regard froid, restrictif, « insensé » alors que ces comportements prennent tout leur sens lorsqu'ils sont « saisis de l'intérieur, resitués dans leur contexte » (Van Campenhout, 2001, p.34).

L'adolescence, ce n'est pas une simple juxtaposition de conduites à risque. Les adolescents, ce sont également des adultes en devenir, ni pires, ni meilleurs que ces derniers mais qui, dans un même temps, présentent des qualités indéniables. Ils sont souvent sensibles aux injustices et un bon nombre d'entre eux croit profondément à l'amour, à l'amitié, à l'égalité. Moins utopistes que leurs aînés, beaucoup ont des rêves « raisonnables » : fonder une famille, trouver un travail intéressant. Ils sont habituellement en plein dé-

veloppement de leurs capacités critiques et font souvent preuve d'inventivité, de créativité, de dynamisme, d'adaptabilité. Souvent, pour eux, la pratique d'un sport, d'une activité, d'un loisir (roller, vélo, jeux électroniques, musiques, tag, etc.), ce n'est pas un simple moyen de se maintenir en forme ou de se détendre, c'est aussi souvent l'occasion d'exprimer leurs habiletés, de faire preuve de dextérité (Fize, 2002). Une autre force des adolescents, c'est leur capacité à dépasser leurs souffrances, leurs détresses, à renverser le développement d'un processus pathologique (Laufer et al., 1989, cités par Le Breton, 2007). Dans la deuxième partie de cet article, nous aborderons l'évolution des conduites de consommation ainsi que la persistance

au cours du temps des inégalités entre filles et garçons et entre filières d'enseignement. Nous terminerons en évoquant quelques pistes d'intervention.

**Damien Favresse et Patrick De Smet,**  
Service d'information promotion  
éducation santé – SIPES ULB  
*Référence et origine du texte -  
Favresse D., De Smet P., Tabac, alcool,  
drogues et multimédias chez les jeunes  
en Communauté française de Belgique.  
Résultats de l'enquête HBSC 2006. Service  
d'Information Promotion Éducation Santé  
(SIPES), ESP-ULB, Bruxelles, 2008.*

## LOCALE

# « Ensemble pour la santé », une expérience avec une commune semi-rurale

## Premier bilan d'une action de prévention des cancers à Comines

Les organismes actifs en promotion de la santé connaissent bien cette réalité : il est souvent compliqué, pour différents motifs, d'initier des actions dans des territoires ruraux, ou excentrés par rapport à des noyaux fortement urbanisés, ou encore situés à proximité de « frontières » (linguistique, étatique, administrative, etc.).

En 2007, le Centre local de promotion de la santé du Hainaut occidental (CLPS-Ho) a eu l'opportunité d'engager un partenariat avec l'Administration communale de Comines-Warneton, une entité semi-rurale, enclavée en région flamande et jouxtant la frontière française. Le partenariat entre le CLPS-Ho et l'Administration locale a permis de mettre en place des actions de promotion de la santé ayant pour objectif la prévention des cancers, deuxième cause de mortalité après les maladies cardio-vasculaires. Ce projet concernait toutes les tranches d'âge. Cette campagne de prévention des cancers étant organisée de-

puis 3 ans, le moment est venu d'en présenter quelques éléments d'évaluation.

Pour sensibiliser la population et les professionnels de la santé et du social, les initiateurs du projet sont intervenus à plusieurs niveaux. Dans un premier temps, de manière à informer les habitants, des articles concernant les différents facteurs de risque des cancers ont été publiés mensuellement dans le bulletin communal « Vivre à Comines-Warneton ». Des actions de formation de relais locaux ont ensuite été réalisées. Vous demanderez « qu'est-ce qu'un relais local ? ». On peut le définir succinctement comme un porte-parole ayant suivi une formation et qui peut accomplir dorénavant un rôle de sensibilisation auprès de la population. Ces relais ont suivi, pour la prévention des cancers, trois sessions de formation étalées sur trois ans.

La première année était consacrée à la sensibilisation à la santé globale, à la prévention du tabagisme ainsi qu'à la prévention du mé-

lanome malin. La deuxième année a concerné l'alimentation équilibrée ainsi que la lutte contre l'obésité et la sédentarité. Quant à la troisième année, elle a été dédiée à la prévention de la consommation abusive d'alcool. Les relais évoqués plus haut, au nombre de 61, proviennent de 8 associations d'horizons différents. Citons par exemple le personnel des crèches locales, des institutions hébergeant les personnes sans-abri et les femmes battues, des mutuelles, du plan local de cohésion sociale, etc. Ensemble, ces relais ont pu sensibiliser environ 1200 personnes sur les différents facteurs de risque des cancers. Cette sensibilisation pouvait d'ailleurs varier d'une simple réponse à une interrogation du public jusqu'à l'accompagnement d'un projet à long terme sur un thème précis comme l'alimentation équilibrée ou la prévention du tabagisme. Outre l'information et la formation de relais locaux, un soutien documentaire et parfois logistique a également été fourni.

Lors de cette action, les médecins de l'entité ont bien sûr été également sollicités. À leur intention, des séances d'informations sur la prévention des cancers en médecine générale ont été organisées en 2009, avec la collaboration de l'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH). Les thèmes abordaient notamment le dépistage de masse, la participation des médecins traitants au programme mam-

motest ou encore au programme de dépistage du cancer colorectal.

Les suites des différents projets sont au programme d'une concertation qui réunira les différentes associations durant l'année 2011. Une piste touchera sans doute à la continuation de la formation des relais locaux qui sont, comme on l'a vu précédemment, des professionnels exerçant le plus souvent dans le cadre

de leurs institutions. La gageure serait cette fois de former des relais locaux « non-professionnels ».

**Henriette Kints**, Responsable du Programme « Prévention des cancers » au CLPS-Hainaut occidental

## LU POUR VOUS

# Nos préférences sous influences

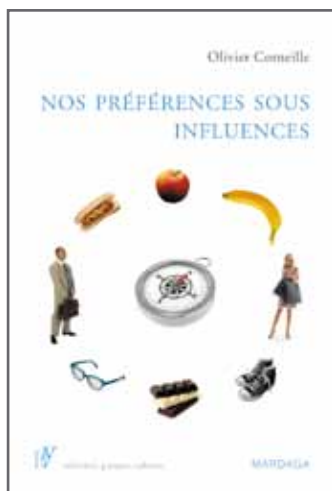
Le fait de toucher un objet rend-il celui-ci plus désirable ? Un prénom peut-il influencer le choix d'un lieu de vie ou d'une profession ? Une personne est-elle dépréciée après avoir été aperçue aux côtés d'une personne obèse ? Sommes-nous plus susceptibles d'accepter de commettre un acte moralement discutable du fait d'avoir été exposé à des concepts religieux ? Pourquoi achetons-nous des produits que nous évaluons moins favorablement lors d'un test à l'aveugle ?

Ces questions, et bien d'autres encore, trouvent une réponse dans ce livre qui a pour objectif d'aider le lecteur à identifier et comprendre les mécanismes psychologiques influençant ses préférences et choix.

Les différents chapitres présentent un aperçu général des découvertes majeures en la matière. Plus de 300 articles scientifiques sont présentés et discutés, qui ont été sélectionnés par l'auteur pour leur pertinence théorique et pratique. Ils abordent un ensemble de thèmes généraux tels que le rôle des mécanismes conscients et inconscients dans la formation de nos préférences et la détermination de nos choix.

Toute personne intéressée par la promotion de la santé ne manquera pas de faire le lien entre les développements de l'ouvrage d'**Olivier Corneille** et les pratiques en matière d'acquisition d'attitudes et de comportements 'sains' ou 'malsains'...

Bien que basé sur une revue rigoureuse de la littérature scientifique sur le sujet, majoritai-



rement anglo-saxonne, l'ouvrage est accessible, et fourmille d'exemples très concrets. Comme montré dans l'extrait, certains sont vraiment 'tordus', de quoi se poser des questions sur la santé mentale des expérimentateurs plutôt que sur le caractère influençable de leurs 'cobayes'.

Intelligent et distrayant !

*Olivier Corneille, Nos préférences sous influences – Déterminants psychologiques de nos préférences et choix, Mardaga, 2010, 224 pages, 25 euros.*

Des études suggèrent que l'obésité galopante observée dans les pays industrialisés pourrait avoir pour origine la taille toujours grandissante des portions individuelles de nourriture. (...) En effet, les consommateurs ne se baseraient pas sur leur sentiment de faim (difficile à évaluer) pour déterminer la quantité de nourriture à ingérer. Ils se baseraient de manière heuristique sur la quantité de nourriture qui leur est fournie. (...)

Dans une expérience confinant à l'absurde Wansink a invité des participants à prendre part à une étude à l'heure du déjeuner. L'objet présumé de cette étude consistait à goûter une nouvelle recette de soupe à la tomate, servie dans un bol. Les participants avaient pour instruction

de goûter cette soupe et d'en manger autant qu'ils le désiraient. Cependant, pour la moitié des participants, le bol était truqué par un dispositif qui le remplissait imperceptiblement au fur et à mesure que les participants le vidaient.

La consommation de soupe était supérieure de 73 % dans cette condition par rapport à la condition contrôle (bol non truqué). Les participants ne semblaient pas être conscients de ce trucage, et ne pensaient pas avoir consommé davantage dans cette condition que dans l'autre. Une heuristique de représentativité avait donc influencé, de manière drastique, et particulièrement insidieuse, leur comportement alimentaire. (extrait, page 45)

# Zoom sur la santé des jeunes du Hainaut

**L'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH) publiait en octobre dernier le Carnet de bord de la santé des jeunes 2010.**

**Il en ressort chez les jeunes Hainuyers une tendance à l'augmentation de la surcharge pondérale et de l'obésité avec, en parallèle, une mauvaise alimentation et un manque d'activités sportives, surtout chez les filles. Autre fait marquant : les comportements les plus défavorables – tabagisme, consommation d'alcool, manque de sport – le sentiment subjectif d'être en mauvaise santé se retrouvent majoritairement dans les milieux défavorisés.**

Le Carnet de bord dresse un état des lieux de la santé des jeunes Hainuyers sur base de deux sources. D'une part, il livre les résultats de l'Enquête transfrontalière sur la santé des jeunes menée en 2004 par l'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH), résultats qui n'avaient pu être traités jusqu'ici faute de moyens. Cette enquête a été réalisée conjointement dans la province du Hainaut et dans le département français de l'Aisne. Seuls sont présentés dans le carnet de bord les résultats relatifs aux jeunes Hainuyers. Ceux-ci sont des élèves de 5<sup>e</sup> primaire, de 2<sup>e</sup> secondaire et de 4<sup>e</sup> secondaire de l'enseignement ordinaire : réseau d'enseignement communal, Communauté française, libre, provincial, enseignement de transition (général ou technique) et enseignement de qualification (technique et professionnel). 143 classes de 119 écoles ont participé à l'enquête, soit un échantillon total de 2191 jeunes dont 1151 garçons et 1040 filles.

- L'enquête 2004 comportait trois modules qui, ensemble, couvraient de nombreux aspects de la santé des jeunes :
- un questionnaire auto-administré portant sur les représentations et la perception de la santé, le bien-être (satisfaction par rapport à son corps, souhait de maigrir, ennui, sommeil, plaintes de santé et consommation de soins), les comportements de santé (alimentation, activité physique, activités de loisirs, consommation de tabac, d'alcool et de drogue), l'information sur la santé et quelques questions sur le contexte socio-économique du jeune ;



- un module de biométrie (mesure du poids, de la taille, du tour de taille et de la pression artérielle) ;
- un module de biologie clinique (profil des lipides sanguins, mesure de la glycémie et de l'insuline).

Cette première enquête a livré quelques grandes tendances qui ont été complétées et confirmées par des données récoltées lors d'enquêtes plus récentes réalisées annuellement, dans le cadre du réseau des Centres de Santé Scolaire Vigies (CSSV), auprès de plus de 1200 jeunes âgés de 9 à 17 ans.

## Perception de la santé globale

Pour un jeune sur deux, la santé est importante et est associée au bien-être, à un corps qui fonctionne, à l'absence de maladie. Plus de huit jeunes sur dix considèrent que leur santé dépend d'eux-mêmes. Cette proportion augmente avec l'âge. Une bonne alimentation, bien se couvrir, une bonne hygiène sont les moyens les plus cités pour ne pas être malade. Les garçons mentionnent également l'importance du sport.

Neuf garçons sur dix et huit filles sur dix se déclarent en bonne santé. Cette fréquence diminue quand la situation socio-économique de la famille devient moins bonne. Près d'une

filles de 16 ans sur quatre déclare ne pas se sentir en bonne santé.

Parmi les faits saillants, 17 % des jeunes déclarent être touchés par une maladie chronique. Les jeunes se plaignent souvent de maux de tête, de maux de ventre et de dos. Quatre jeunes sur dix déclarent au moins deux plaintes régulières, les filles plus fréquemment que les garçons.

Environ une fille sur deux et un garçon sur quatre ne sont pas satisfaits de leur corps. L'insatisfaction augmente avec l'âge. Le taux de jeunes non satisfaits de leur corps est passé de 29 % en 1997 à 35 % en 2004. L'insatisfaction par rapport à son corps est fortement liée à l'obésité, elle-même liée aux facteurs socio-économiques.

## Surcharge pondérale et obésité

Les jeunes Hainuyers n'échappent malheureusement pas à l'épidémie de surpoids et d'obésité qui se développe à l'échelle mondiale.

La fréquence de la surcharge pondérale des jeunes Hainuyers est passée de 22 % en 2004 à 26 % en 2009. L'obésité est passée de 5 % en 1997 à 8 % en 2009. Cette augmentation se marque surtout chez les garçons.

La surcharge pondérale et, en particulier, l'obésité sont plus fréquentes lorsque la profession du père est peu qualifiée ou lorsque le jeune suit un enseignement de qualification. À 10 ans, 13 % des jeunes présentent au moins deux facteurs de risque modifiables pour les maladies cardiovasculaires (tels la sédentarité, le tabagisme, l'excès de poids, la tension artérielle élevée, le taux de cholestérol élevé...). Cette fréquence passe à 25 % à l'âge de 16 ans. La présence d'au moins deux facteurs de risque modifiables est associée aux facteurs socio-économiques.

## Alimentation

Le Plan National Nutrition Santé pour la Belgique (PNNS-B) préconise que les jeunes consomment quotidiennement trois portions de légumes, deux portions de fruits, deux ou trois rations de produits laitiers et au moins une fois par semaine du poisson.



Ce programme conseille, en outre, de ne pas consommer frites et croquettes plus d'une fois par semaine. La prise d'un petit déjeuner est, par ailleurs, considérée comme un élément important d'une alimentation équilibrée.

Or, l'enquête révèle que le nombre de jeunes qui consomment un petit déjeuner diminue avec l'âge pour les deux sexes, mais plus chez les filles que chez les garçons.

Un jeune sur quatre ne prend pas de petit déjeuner les jours d'école. Les jeunes qui prennent un petit déjeuner grignotent moins entre les repas. À l'inverse, l'absence de petit déjeuner ouvre la porte aux fringales et incite le jeune à consommer snacks et boissons souvent trop sucrés.

Voici encore quelques observations sur les habitudes alimentaires des jeunes Hainuyers :

- seuls 16 % des jeunes mangent quotidiennement des fruits et des légumes. 48 % ne mangent ni fruits ni légumes quotidiennement ;
- la consommation quotidienne de légumes est en augmentation et est passée d'un jeune sur trois en 2004 à un jeune sur deux en 2006 ;
- plus d'un jeune sur deux consomme quotidiennement des laitages ;
- 45 % des jeunes mangent du poisson au moins une fois par semaine. La consommation de poisson est moins fréquente lorsque l'environnement socio-économique est moins favorable ;
- 15 % des jeunes mangent des frites quotidiennement. La consommation quotidienne de frites est plus fréquente dans les familles dont le contexte socio-économique est moins favorable ;
- les jeunes grignotent trop fréquemment. 57 % des jeunes mangent régulièrement des snacks sucrés et 10 % des snacks salés ;
- un tiers des jeunes ne boit pas d'eau tous les jours. Plus de la moitié consomment quotidiennement des sodas.

### Activité physique et sédentarité

La proportion de jeunes pratiquant une activité sportive au moins une fois par semaine en dehors de l'école est passée de 81 % en 1997 à 70 % en 2004. 19 % des garçons et 41 % des filles ne pratiquent aucune activité sportive

en dehors de l'école. Chez les filles, ce pourcentage augmente avec l'âge.

6 % des jeunes déclarent être dispensés du cours obligatoire d'éducation physique. Trois garçons sur cinq et deux filles sur cinq pratiquent un sport en club.

Les jeunes en surcharge pondérale ou non satisfaits de leur corps participent moins aux activités sportives en club.

Le jeune est plus enclin à faire du sport quand ses parents pratiquent eux-mêmes une activité sportive ou lui recommandent d'en faire.

La pratique du sport diminue quand le nombre d'heures passées devant la télévision, l'ordinateur ou la console de jeux augmente.

Les jeunes dont un seul parent travaille sont proportionnellement moins nombreux que ceux dont les deux parents travaillent à pratiquer une activité sportive au moins une fois par semaine.

Les jeunes dont le père exerce une profession de travailleur manuel non qualifié, de travailleur manuel qualifié ou d'employé peu qualifié déclarent moins souvent pratiquer une activité sportive en dehors de l'école que les enfants dont le père exerce une profession libérale ou de cadre.

De plus, les jeunes de l'enseignement de qualification déclarent moins fréquemment pratiquer une activité sportive en dehors de l'école au moins une fois par semaine que les jeunes de l'enseignement de transition.

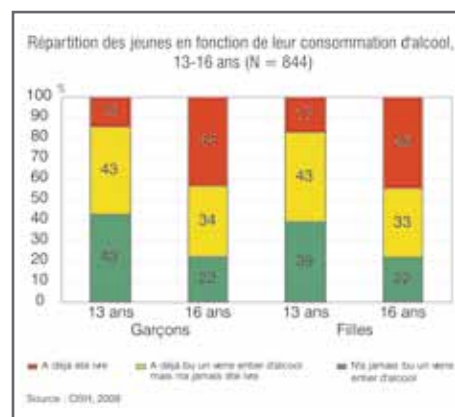
### Tabagisme

En 2009, 6 % des jeunes de 13 ans et 18 % des jeunes de 16 ans se déclaraient fumeurs. À 16 ans, la proportion de fumeuses (23 %) est plus élevée que celle des fumeurs (15 %). Quels que soient l'âge et le sexe, les proportions de fumeurs diminuent depuis 1997 (21 % des jeunes entre 13 et 16 ans se déclaraient fumeurs en 1997 contre 13 % en 2009).

Dans les familles monoparentales et recomposées, les jeunes fument deux à trois fois plus que dans les familles traditionnelles.

Dans l'enseignement de qualification, le tabagisme des jeunes est trois fois plus fréquent que dans l'enseignement de transition.

Plus l'entourage du jeune fume, plus le jeune présente de risques de fumer. À la maison, 60 % des jeunes sont exposés au tabagisme de tiers.



Parmi les raisons qui poussent à fumer, en fonction de l'âge (13 et 16 ans) et du sexe, « se calmer, se détresser » est la raison la plus souvent évoquée, quels que soient l'âge et le sexe. « Fumer car ses amis fument » est une raison plus souvent émise chez les garçons et les filles de 13 ans (c'est la deuxième raison principale chez ces dernières). À 16 ans, « fumer par habitude » devient la deuxième raison principale et est citée par près d'un fumeur sur deux. Parmi les jeunes fumeuses, une sur cinq déclare fumer pour maigrir ou contrôler son poids.

En 2004, 51,5 % des jeunes fumeurs de 16 ans désiraient arrêter de fumer.

Parmi les anciens fumeurs, plus de huit sur dix ont fumé pendant moins d'un mois et près de neuf sur dix pendant moins de trois mois avant d'arrêter de fumer. Cela montre l'importance d'intervenir dès la première expérimentation car, d'une part, le jeune est en période de choix (continuer ou arrêter de fumer) et, d'autre part, la dépendance n'est pas encore installée.

### Alcool

En 2009, 19 % des jeunes de dix ans avaient déjà bu un verre entier d'alcool. En 2004, la bière était la boisson alcoolisée la plus consommée par les 16 ans. À 16 ans, 48 % des garçons et 36 % des filles déclarent avoir déjà été ivres.

La consommation d'alcool et l'ivresse sont plus fréquentes dans les familles disposant de deux revenus et dans les familles monoparentales.

Les jeunes de l'enseignement de qualification déclarent plus fréquemment avoir déjà été ivres que ceux de l'enseignement de transition.

## Drogue

En 2004, un jeune de 16 ans sur deux s'était déjà vu proposer de la drogue et plus d'un sur quatre déclarait en avoir déjà consommé, les garçons (31 %) plus que les filles (23 %). La drogue la plus consommée par les jeunes est le cannabis. Comme pour le tabagisme et l'ivresse, le fait de vivre avec ses deux parents et de fréquenter l'enseignement de transition sont des facteurs protecteurs contre l'usage de drogue.

## Les jeunes inégaux face à la santé

Les comportements déterminent considérablement l'état de santé d'un individu. Ils se mettent en place progressivement au cours de la vie sous l'influence de l'environnement familial, des différents milieux de vie et de la société en général. Les comportements acquis pendant l'enfance et l'adolescence vont influencer la vie adulte.

L'état de santé et les comportements de santé sont influencés par des facteurs individuels et collectifs. L'environnement socio-écono-

mique joue un rôle majeur sur les états de santé dès le plus jeune âge.

L'influence du contexte socio-économique des jeunes Hainuyers sur leur santé et leurs comportements de santé a été évaluée au travers des liens entre les indicateurs de santé et le nombre de revenus professionnels de la famille (0, 1 ou 2), le type de famille (monoparentale, recomposée, biparentale), la catégorie socioprofessionnelle du père (ouvrier non qualifié, employé peu qualifié, ouvrier qualifié, cadre ou profession libérale), la filière scolaire (enseignement de transition, enseignement de qualification).

**Luc Berghmans**, directeur de l'Observatoire de la Santé du Hainaut, observe que « les comportements les plus défavorables – tabagisme, consommation d'alcool, manque de sport, activités de loisir en général – ainsi que le sentiment subjectif d'être en mauvaise santé se retrouvent de manière quasi systématique dans les milieux défavorisés. Cela doit nous interpeller fortement quant aux solutions à apporter et nous faire réfléchir sur la manière

d'aborder et de traiter ces problèmes. Informer, en particulier les jeunes, c'est bien et il faut le faire, car c'est une façon de se réapproprier la santé, mais ce n'est manifestement pas suffisant. Il est donc nécessaire de mettre en place des programmes plus structurels dans les lieux de vie et avec les responsables de ces lieux de vie, notamment dans les écoles avec la direction et les enseignants, dans les communes et dans le milieu du travail car nous constatons qu'il est non seulement important de travailler sur les jeunes mais aussi sur leurs parents. »

### Colette Barbier

*Le Carnet de bord de la santé des jeunes 2010, tiré en 2000 exemplaires, s'adresse aux personnes relais (écoles, associations de parents, responsables communaux, prestataires de soins...).*

*Il est téléchargeable sur le site*

*[www.observatoiresante.hainaut.be](http://www.observatoiresante.hainaut.be).*

*Il peut aussi être commandé via le site.*

## VU POUR VOUS

# www.mongeneraliste.be

Un site qui enrichit les consultations

**La Société scientifique de médecine générale (SSMG) poursuit sa mission de promotion de la santé en lançant un nouveau site d'informations médicales à destination du grand public : [www.mongeneraliste.be](http://www.mongeneraliste.be).**

**Le but est de fournir aux patients une information crédible, scientifiquement correcte et libérée d'influences commerciales, dans une logique d'empowerment.**

**Mongeneraliste.be est un outil, un support informatif et éducatif à la disposition des généralistes belges et de leurs patients.**

Les études ayant corroboré le phénomène foisonnent : pour s'informer en matière de santé, une majorité de patients occidentaux effectuent désormais un crochet par le web. En 2010, après avoir sondé des internautes dans

14 pays – dont la Belgique –, la société spécialisée *InSites Consulting* avait par exemple établi que pas moins de 83 % des gens disposant d'un accès à la Toile s'en servaient pour trouver des infos médicales. Proportion confortée fin avril lors d'un sondage Ipsos qui révélait que quasi 90 % des Belges avaient déjà grappillé des infos santé, 9 fois sur 10 en démarquant leurs pérégrinations à partir d'un moteur de recherche de type *Google*.

### Apprivoiser plutôt que subir

Les médecins voient – et verront – donc débarquer dans leur cabinet de plus en plus de patients qui ont fouiné en ligne, tenté de mettre un diagnostic sur leurs symptômes, voire échafaudé le traitement à initier. Jugeant

préférable d'accompagner le mouvement plutôt que de faire l'autruche, l'Ordre des médecins français a formulé il y a quelques mois des pistes pour une « meilleure intégration d'internet à la relation médecin-patient ».

Bref, plutôt canaliser l'irruption du web dans le colloque singulier que pester. Car la plupart des études indiquent qu'Internet a beau être devenu une source d'infos incontournable, il ne détrône pas le professionnel : le patient continue à se fier aux conseils de son médecin, le généraliste arrivant en tête des « informateurs » jugés crédibles par la population. Fort de ce capital confiance, le médecin a – toujours selon l'Ordre français – la responsabilité de diriger ou rediriger le patient vers des URL fiables, labellisées, et de l'encoura-

## La SSMG en quelques mots

La Société scientifique de médecine générale (SSMG) a été fondée à la fin des années 60. Forte de 3200 membres effectifs, elle constitue la plus grosse association représentative des médecins de famille en Belgique francophone. Dirigée par des médecins en activité, la SSMG a pour objectif premier la formation continue des médecins généralistes; elle leur propose de très nombreuses activités accréditées de perfectionnement et d'actualisation de leurs connaissances. Elle édite également un mensuel, la *Revue de la médecine générale (RMG)*.

Parmi ses autres missions figure aussi la promotion de la santé, dans laquelle s'inscrit le nouveau site Internet.

ger à aiguïser son sens critique à propos de la qualité des contenus qu'il dénêche en ligne. Les instances ordinales estiment encore que les médecins devraient s'approprier davantage l'espace web « via la création d'un blog ou de leur propre site », de façon à « prolonger le contenu de la consultation sur le net tout en préservant la loyauté et la fiabilité de l'information envers les patients ».

### Partenariat en triangle patient-médecin-site

Proposer des pages web sérieuses, dont les contenus ont fait l'objet d'une validation scientifique par des médecins et sont affranchis de toute pression commerciale, c'est précisément ce que la SSMG s'est donné comme objectif en lançant à la mi-janvier 2011 le site [www.mongeneraliste.be](http://www.mongeneraliste.be).

L'idée est de créer une plateforme de référence pour le dialogue médecin-patient et pour l'éducation thérapeutique. Il s'agit donc d'un site grand public, gratuit, dans lequel la Société scientifique injecte toute sa rigueur, et sa réputation : le médecin généraliste pourra y envoyer, en toute confiance, ses patients. Lesquels pourront s'y documenter sur leur affection et ses symptômes, y lire des conseils sur les modes de vie sains à adopter, préparer des questions en prévision de la consultation suivante...

Comme le souligne la SSMG, mongeneraliste.be va enrichir – sans jamais les remplacer – les échanges entre le malade et son médecin traitant, en précédant ou en prolongeant la consultation. La SSMG entend donc encourager un partenariat en triangle entre le patient, le médecin et le site.

### Empowerment : le patient autonome

Informé à une source crédible, un patient s'assume davantage et devient acteur de sa prise en charge. Cet « empowerment » du patient revêt une importance croissante, commente **Luc Lefebvre**, le président de la SSMG, en illustrant son propos par l'exemple des diabétiques qui apprennent à gérer leur maladie au jour le jour : « *Globalement, nous allons vers davantage d'autocontrôle, effectué au moyen de petits appareils de mesure qui se généralisent parmi les patients, les tensiomètres par exemple. Cette tendance a soulevé des craintes à l'origine, mais l'expérience montre qu'elle n'a pas vidé nos salles d'attente. Elle concourt, au contraire, à une meilleure prise en charge du patient, responsabilisé dans la démarche thérapeutique.* »

Le **D<sup>r</sup> Patrick Trefois**, rédacteur en chef de mon generaliste.be, confirme qu'il imprimera au site une ligne éditoriale en phase avec une médecine générale actuelle et moderne « *qui tend à tisser un partenariat avec un patient devenu plus autonome* ».

« *La consultation prime, le site l'enrichit* », rassure néanmoins ce généraliste actif dans plusieurs projets de médecine préventive de la SSMG, et par ailleurs à la tête de l'asbl Question Santé – service de promotion de la santé de la Communauté française – depuis près de 20 ans. « *L'interaction et la communication directe entre soignant et soigné demeurent primordiales. Mais un patient en consultation a une capacité de mémorisation limitée, ou n'est pas en état psychique d'entendre certaines choses. Mongeneraliste.be ne doit pas être considéré comme une menace, une concurrence, mais un support.* »

### Dossiers, articles, newsletter...

Mongeneraliste.be propose entre autres :

- des dossiers thématiques fouillés (actuellement sur le diabète et l'arthrose, et prochainement le sommeil et l'hypertension);



- des articles informatifs plus courts, répartis en « maladies adultes » et « maladies enfants », abordant des pathologies courantes comme l'hypertension, la bronchite, la grippe, la rhinite allergique, la cataracte, le brûlant, ou encore les poux, la rougeole, l'eczéma... La rubrique compte une vingtaine d'entrées à ce jour, et doublera en volume courant 2011;

- des explications sur l'impact des modes de vie sur la santé, et des conseils de prévention. Lorsque c'est possible, le site renvoie à des articles extraits des archives récentes du mensuel *Équilibre*, qui complètent l'information de l'internaute.

Une lettre d'information tiendra régulièrement les patients et les médecins au courant des nouveautés mises en ligne. Elle servira de vecteur à de futurs sondages sur des points de santé publique, dont les résultats alimenteront les réunions de la SSMG.

### Des fiches à télécharger réservées aux médecins généralistes

Du matériel d'éducation supplémentaire, revêtant la forme de fiches pratiques synthétisant l'essentiel à savoir sur une pathologie donnée – définition, symptômes, évolution, traitements médicamenteux, mesures associées... –, sera par ailleurs mis à la disposition des médecins généralistes par la SSMG, sur son propre site, [www.ssmg.be](http://www.ssmg.be). Téléchargeables, elles pourront aisément être imprimées en cours de consultation pour être remises à un patient. Aujourd'hui au nombre d'une vingtaine, elles survolent des affections comme l'angine, la crise de goutte, les contusions, les morsures... La SSMG projette d'alimenter très régulièrement cette collection en ajoutant de nouvelles thématiques.



## Validé par les pairs

Mongeneraliste.be est placé sous la direction d'un comité de pilotage permanent composé de cadres de la SMMG, dont les Docteurs **Lefebvre, Pizzuto, Vanhalewyn, Jongen, Mathot** et **Trefois**. Le **D' Karin Rondia**, médecin journaliste et rédactrice en chef de la revue *Équilibre* (Roularta), et **Pascale Gruber**, journaliste scientifique, participent également à la rédaction.

Le site ambitionne de décrocher prochainement la certification internationale HONcode, cautionnant la fiabilité des sites d'information médicale. Il a par ailleurs été soumis, peu avant son lancement, à l'appréciation d'une série de médecins-testeurs, invités à en coter

Vous trouverez joint à ce numéro d'Éducation Santé un dépliant présentant la démarche du site de la SSMG.

la crédibilité, la navigabilité, le design, les fonctionnalités offertes (téléchargement, impression, hyperliens...) et les contenus proprement dits. Mongeneraliste.be a cartonné au niveau de la crédibilité, le critère récoltant un 3,8 sur 4 parmi les répondants, et la légitimité de la SSMG pour cette initiative a obtenu un 4 sur 4.

## Du trafic assuré

Mongeneraliste.be, voulu exempt de publicité émanant de l'industrie pharmaceutique,

ne pouvait tourner exclusivement sur fonds propres, car, il faut le rappeler, l'information de qualité a un coût. Il fonctionne pour le moment avec pour partenaires les Mutualités chrétiennes et les Mutualités libres. « Elles contribueront activement à faire converger leurs assurés vers mongeneraliste.be, sur lequel elles disposeront en retour de fenêtres de visibilité », dépeint **André Moreau**, directeur commercial à la SSMG et par ailleurs responsable du projet. « Oui, on peut collaborer et construire de belles choses avec les mutuelles sans perdre son âme. C'est de toute façon la SSMG, et par elle l'EBM, qui reste à la manœuvre du site. »

D'après le dossier de presse de lancement du site et son lancement officiel le 18 janvier 2011.

## BRÈVES

### Agenda internet

Vous l'aurez sans doute remarqué, depuis le début 2011, il n'y a quasi plus d'annonces d'événement dans cette rubrique. La raison : l'agenda se trouve maintenant exclusivement sur notre site [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be).

Gros avantage : la souplesse de mise à jour, qui est hebdomadaire.

Cela signifie aussi que lorsque vous nous envoyez une info, vous ne devez plus nous prévenir plusieurs semaines à l'avance. Que du bonheur !

La question des prises de risque sera aussi abordée, entre autres au départ du 'jeu du foulard', qui défraie régulièrement la chronique.

Les intervenants seront **Martine Bantuelle**, directrice de l'asbl Éduca-Santé (prévention des traumatismes) et **Jean-Michel Longneaux**, philosophe et chargé de cours aux Facultés Notre-Dame de la Paix.

Adresse du jour : cinéma Cinépointcom, bd de Gerardchamps. PAF : 7 euros.

Réservation indispensable au CVPS, 087 35 15 03, [secretariat@cvps.be](mailto:secretariat@cvps.be)

## Tabac

### Une recherche belge confirme les découvertes internationales

La Fondation contre le Cancer et l'Association of European Cancer Leagues (ECL) plaident pour la mise en place d'un emballage neutre pour les produits du tabac, en raison de l'impact sur les jeunes de paquets attrayants.

Une enquête récente de l'Université d'Anvers indique que des emballages neutres pour toutes les marques de cigarettes ont un effet dissuasif sur les jeunes. Le rôle de support promotionnel des paquets peut être fortement affaibli grâce aux paquets neutres, les messages de santé sont plus efficaces et le paquet lui-même devient insignifiant. Bien qu'utilisant des méthodes différentes, 5 études

déjà menées dans deux autres pays de l'Union européenne ont dégagé les mêmes conclusions. Après analyse de ces résultats, la Fondation contre le Cancer et les membres de l'ECL demandent l'instauration obligatoire de l'emballage neutre pour les produits du tabac, c'est-à-dire dépouillé de logos, couleurs ou mentions autres que le nom de la marque et les informations imposées par les autorités.

### Pourquoi la cigarette continue-t-elle de séduire les jeunes ?

Sous la direction du Professeur **Guido Van Hal** et à la demande de la Fondation contre le Cancer, les chercheurs de l'Université d'Anvers ont tenté de comprendre pourquoi les jeunes Belges choisissaient dès 15 ans une marque de cigarettes plutôt qu'une autre. Les quatre critères déterminants sont l'emballage, le prix, le goût et le cercle d'amis. Les jeunes considèrent comme peu attrayant, de moindre qualité, douteux et médiocre un emballage dépourvu de logos, de couleurs distinctives de la marque et d'informations sur le contenu (nombre de cigarettes, teneur en goudron, filtre, etc.). De plus, un tel emballage permet de mieux faire ressortir les avertissements pour la santé. Cinq études menées en France (**D' Karine Gallopel-Morvan**, Université de Rennes) et en Grande-Bretagne (**Crawford Moodie**, Sterling University) sont déjà arrivées aux mêmes conclusions : là aussi les emballages neutres ont

### Citation du mois

« La nouvelle étape du progrès serait d'avoir le droit de ne pas réussir ! »

Denis Olivennes

### Matinée santé

29 mars 2011

Verviers

Première *Matinée santé* organisée par le Centre verviétois de promotion de la santé, de 9 h à 12h30, sur le thème de la promotion de la santé à l'école. Elle portera plus précisément sur la question suivante : en quoi la réussite éducative et la réussite scolaire ont-elles un effet sur la santé et le bien-être des élèves ?

été qualifiés d'insipides et peu fiables. Fumer devient dès lors moins tentant.  
« On voit le paquet mais il n'attire pas l'attention. Il ne ressort pas dans le magasin car il est blanc et rien n'est fait pour le mettre en valeur : l'emballage est neutre, les cigarettes aussi. » C'est ce qu'a répondu l'un des jeunes qui a participé à l'enquête menée par l'Université d'Anvers.

### Les emballages aguicheurs incitent les jeunes à fumer

Depuis l'interdiction de la publicité sur le tabac, les paquets eux-mêmes deviennent le support publicitaire par excellence. Les cigarettiers utilisent des combinaisons de couleurs suggestives, un design soigné ou des photos commerciales sur l'emballage, pour véhiculer une image tendance, chic et aguicheuse de leurs produits. D'après les résultats des enquêtes, ces éléments influencent tout particulièrement les jeunes.

« Plus le paquet est neutre, moins il attire, et mieux c'est. Les emballages neutres devraient tenir le devant de la scène dans la lutte contre le tabagisme », déclare **Luk Joossens**, expert en prévention du tabagisme auprès de la Fondation contre le Cancer.

### Au niveau européen

La recommandation européenne de 2001 a fait des messages d'avertissement sur les paquets de cigarettes une compétence européenne. Cette recommandation est en cours de révision. La Commission européenne devrait émettre des propositions d'amendements dans le courant de 2011. Au vu des résultats des 6 études menées dans 3 pays européens, la Fondation contre le Cancer et l'ECL demandent que cette recommandation rende obligatoire les emballages neutres dans tous les pays de l'Union.

*D'après un communiqué de la Fédération contre le cancer*

## Loi Évin : exception culturelle

Quasi 20 ans jour pour jour après sa promulgation, la loi française de 1991 interdisant toute propagande directe ou indirecte en faveur du tabac a été assouplie par un vote en Commission des Affaires culturelles excluant le patrimoine culturel d'une application trop littérale de ses dispositions.

De quoi éviter de sombrer dans le ridicule pour les uns (voir l'affiche censurée de l'expo Tati à la Cinémathèque française), là où d'autres voient un succès inattendu (inespéré ?) pour une industrie

du tabac toujours prête à profiter de la moindre brèche dans la régulation publique de ses activités promotionnelles...

## Activité physique

En Commission de la Santé du mardi 25 janvier, le député cdH **André du Bus** a interrogé la Ministre de la Santé **Fadila Laanan** sur les possibilités pour la Communauté française de souscrire à la récente Charte internationale de Toronto (voir le numéro précédent d'Éducation Santé). Cette charte a vu le jour il y a 6 mois afin de lancer un appel aux pays du monde entier pour faire de l'activité physique une priorité.

La Charte offre un consensus scientifique sur 9 principes directeurs et les actions à entreprendre pour offrir une approche « populationnelle » de l'activité physique. Elle soutient également qu'il existe assez d'éléments pertinents pour considérer l'activité physique séparément d'autres facteurs de santé auxquels elle est régulièrement associée, tels que l'alimentation saine et l'abstention tabagique. Dans sa réponse, la Ministre **Fadila Laanan**, après avoir énoncé un nombre impressionnant de mesures déjà en œuvre pour valoriser l'activité physique dans notre Communauté, a annoncé qu'elle entamerait des contacts avec son collègue Ministre des Sports, **André Antoine**, afin de renforcer la priorité à accorder à l'activité physique et de souscrire, au nom du Gouvernement, à la Charte internationale de Toronto.

## Publications

### Excision

L'Observatoire du sida et des sexualités vient de publier le rapport de la recherche 'Excision et migration en Belgique francophone' qu'il a menée à l'initiative du GAMS (Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines).

Sur la base d'une enquête de terrain, cette recherche analyse l'impact de la migration sur les représentations et les pratiques de l'excision et questionne les transformations et confrontations normatives au plan des genres et des sexualités. Elle éclaire aussi la dimension institutionnelle de la problématique et soulève plusieurs enjeux, notamment sanitaires, relatifs aux intersections entre genre et culture à travers les champs d'application de la loi pénale et de la protection internationale en matière de mutilations génitales féminines.

Cette étude de **Myriam Dieleman** peut être obtenue gratuitement auprès du GAMS Belgique (info@gams.be). Une version électronique est également disponible sur les sites de l'Observatoire ([www.observatoire-sidasexualites.be](http://www.observatoire-sidasexualites.be)) et du GAMS (<http://gams.be>).

## Dossiers techniques RESO

Quatre nouveaux dossiers techniques publiés par le RESO-UCL :

- Comment vivre l'après-cancer ?, à la demande et en collaboration avec le Centre d'éducation du patient, 20 pages, par **Dominique Doumont** et **Carole Deccache** (référence : 10-59).
- Comprendre le vécu des patients stomisés : quels besoins d'aide et d'éducation ?, à la demande et en collaboration avec l'Association francophone d'infirmier(e)s en stomathérapie, cicatrisation et plaies, et l'Unité de chirurgie colorectale et transplantation de l'UCL-Saint-Luc, 12 pages, par **Carole Feulien**, **Brigitte Crispin**, **Alain Deccache** (référence 10-60).
- En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil de réduction des inégalités de santé ? Fondements, concepts et programmes stratégiques, à la demande et en collaboration avec le Conseil supérieur de promotion de la santé, 20 pages, par **Dominique Doumont** et **Carole Feulien** (référence : 10-61).
- En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil de réduction des inégalités de santé ? Stratégies locales d'intervention, à la demande et en collaboration avec le Conseil supérieur de promotion de la santé, 17 pages, par **Dominique Doumont** et **Carole Feulien** (référence : 10-62).

Les dossiers techniques, revues de littérature sur des questions en rapport avec la promotion de la santé, peuvent être réalisés gratuitement sur demande faite par tout organisme belge de promotion de la santé, grâce au financement de la Communauté française.

Ils sont consultables à l'adresse [www.uclouvain.be/reso](http://www.uclouvain.be/reso), et peuvent aussi être commandés à l'adresse suivante : RESO-UCL, École de Santé publique, clos chapelle-aux-champs 30 Bte 3001, 1200 Bruxelles.

## Erratum

Il manque un nom dans la liste des membres du Réseau bruxellois de documentation en promotion de la santé parue dans Éducation Santé n° 264, page 16 : il s'agit de Cultures & Santé.



## Dossier.

### Liens entre religieux et santé ?

Introduction, *Éric Le Grand, Stéphane Tessier, Laurence Kotobi, Soraya Berichi*

#### Question de sens

Religion, santé, maladie, *Régis Dericquebourg*  
Religion et santé : une quête de sens, *Jean-Bernard Paturet*

#### Question d'espaces d'intervention

La religion dans l'expérience du VIH-sida, *Anne-Cécile Bégot*  
La prise en compte des croyances dans les modèles d'éducation pour la santé nord-américains, *Bernard Goudet*  
« Écouter, garantir la confidentialité, accueillir la personne telle qu'elle est », entretien avec *Martine Trajon*  
« Prendre le temps de la rencontre », entretien avec *Mohamed Boussouar*  
Dieu dans les représentations de santé des enfants, *Jean-Christophe Azorin*

#### Question de contexte : l'international

Appartenance religieuse, spiritualité et santé au Québec, *Éric Le Grand*  
La religion, facteur protecteur face aux tentatives de suicide ?, *Philippe Guibert, Christophe Léon*  
Regard sur certaines pratiques de soins au Brésil : que peut faire l'éducateur pour la santé ?, *Stéphane Tessier*  
Le vaccin et le religieux en République islamique d'Iran : une lecture anthropologique, *Laurence Kotobi*  
Pour en savoir plus, *Sandra Kerzanet*

## Rubriques

### Aide à l'action

La preuve est faite : l'empowerment et la participation, ça marche !, *Christine Ferron*

### Enquête

Alimentation et activité physique : connaissances et comportements, *Hélène Escalon, François Beck*

### Qualité de vie

« Ne pas remettre en cause le modèle de prévention mais le développer », entretien avec *France Lert*  
« VIH : l'approche psychothérapique demeure fondamentale », entretien avec *Pierre-Marie Girard et Amina Ayouch-Boda*

### International

Genève : prise en charge pluridisciplinaire des enfants en surpoids, *Nathalie Farpour-Lambert*

### La santé à l'école

« L'école maternelle, lieu extraordinaire d'apprentissage du mieux vivre ensemble », entretien avec *Marie Vitard*

### Lectures

*Céline Deroche*

Depuis janvier 2010 (n° 405) tout nouveau numéro publié est intégralement accessible sur Internet, à partir du site de l'Inpes : [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

## SOMMAIRE

### Initiatives

La santé mentale, ça se soigne ou ça se fête ?, par *Emmanuelle Caspers et Nathalie Thomas* 2

Évaluation de la campagne 'Stop le sel', par *Christian De Bock* 7

'Mon petit coin', un outil d'éducation aux 'bonnes habitudes' 7

### Réflexions

L'adolescence et le risque, 1<sup>re</sup> partie – Quelques considérations générales, par *Damien Favresse et Patrick De Smet* 8

### Locale

'Ensemble pour la santé', une expérience avec une commune semi-rurale, par *Henriette Kints* 12

### Lu pour vous

'Nos préférences sous influence', un essai de *Olivier Corneille* 13

### Données

Zoom sur la santé des jeunes du Hainaut, par *Colette Barbier* 14

### Vu pour vous

[www.mongeneraliste.be](http://www.mongeneraliste.be), un site qui enrichit les consultations, par *Christian De Bock* 16

### Brèves

18

#### Mensuel (11 numéros par an, ne paraît pas en août).

**Abonnement** : gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

**Réalisation et diffusion** : Infor Santé, Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS.

**Ont collaboré à ce numéro** : Colette Barbier, Emmanuelle Caspers, Patrick De Smet, Damien Favresse, Henriette Kints, Nathalie Thomas.

**Rédacteur en chef, secrétaire de rédaction** : Christian De Bock (02 246 48 50, [christian.debock@mc.be](mailto:christian.debock@mc.be)).

**Documentation** : Maryse Van Audenhaege (02 246 48 51, [maryse.vanaudenhaege@mc.be](mailto:maryse.vanaudenhaege@mc.be)).

**Site internet** : Jacques Henkinbrant (design), Maryse Van Audenhaege (animation).

**Contact abonnés** : Maryse Van Audenhaege (02 246 48 51, [maryse.vanaudenhaege@mc.be](mailto:maryse.vanaudenhaege@mc.be)).

**Comité stratégique** : Gaëtan Absil, Pierre Baldewyns, Martine Bantuelle, Colette Barbier, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Cristine Deliens, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer, Roger Lonfils, Marie-Noëlle Paris, Karin Rondia,

Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

**Comité opérationnel** : Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Carole Feulien, Jacques Henkinbrant, Tatiana Pereira, Thierry Poucet, Maryse Van Audenhaege.

**Éditeur responsable** : Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

**Maquette et mise en page** : Muriel Logist.

**Impression** : Impaprint.

**Tirage** : 1.800 exemplaires.

**Diffusion** : 1.600 exemplaires.

**ISSN** : 0776 - 2623.

Les articles publiés par Éducation Santé n'engagent que leurs auteurs. Les articles non signés sont de la rédaction. La revue n'accepte pas de publicité.

Les textes parus dans Éducation Santé peuvent être reproduits après accord préalable de l'auteur et de la revue et moyennant mention de la source.

**Pour tous renseignements complémentaires** :

Éducation Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Tél. : 02-246 48 51. Fax : 02-246 49 88 (indiquer ANMC-Éducation Santé comme destinataire).

Internet : [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be).

Courriel : [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be).

**Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé, une seule adresse : [www.pipsa.org](http://www.pipsa.org)**

Revue membre de l'A.R.S.C., Association des revues scientifiques et culturelles – [www.arsc.be](http://www.arsc.be)

Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be) (sous réserve d'acceptation des auteurs).

Notre site est certifié HON (Health on the Net – 05/2010).

Notre site adhère à la Plate-forme [www.promosante.net](http://www.promosante.net).

Imprimé sur papier blanchi sans chlore – Emballage recyclable.



La revue Education Santé est réalisée avec l'aide du Ministère de la Communauté française de Belgique Département de la Santé.