



Jeunes et alcool : quand la prévention s'emmêle en pages 6 à 11

Obésité des enfants : il faut jouer sur tous les plans

Le 1^{er} octobre, l'Hôpital des Enfants Reine Fabiola (HUDERF) de Bruxelles a organisé un colloque sur l'obésité des enfants. Un sujet important et sur lequel cela vaut la peine d'intervenir, puisque le public concerné est à un âge où la prévention peut encore jouer, où il est encore relativement aisé de corriger les 'mauvaises habitudes', alimentaires ou comportementales.

Face à des adultes, des jeunes ou des enfants obèses, notre société n'est pas tendre : il y a les railleries auxquelles ils sont confrontés, il y a surtout le « racisme » anti-gros qui se manifeste avec cruauté. Pour les adultes, cela risque de se traduire par une ségrégation à l'embauche, voire dans l'établissement des salaires qui, d'après des études sérieuses, sont généralement moins élevés lorsque le travailleur est trop gros selon nos normes.

Pour tous, il y a cette impression que ces obèses « se laissent aller », ne sont pas capables de se prendre en charge, manquent de volonté, s'empressent à tour de bras... L'isolement social est bien souvent le quotidien, mis à part pour ces « gros » qui sont l'image du « bon vivant » qui profite de la vie, et qui rit de tout, même de lui-même. Les « minces » ne comprennent pas que ces gens ne soient pas capables de maigrir. Pourtant, maigrir ne se fait pas d'un coup de cuiller à pot. De nombreux éléments entrent en ligne de compte, que ce soit au niveau physiologique, psychologique ou comportemental.

Sur le plan des facteurs physiologiques, l'obésité est aujourd'hui reconnue comme une maladie qui s'installe généralement au fil des années. « Comme chez l'adulte, l'obésité chez l'enfant et l'adolescent est reconnue comme maladie par l'Organisation mondiale de la santé. Elle relève donc d'une prise en charge médicale », répète le D^r Walter Burniat, pédiatre à l'HUDERF.

Mais elle comporte également un important volet comportemental qui peut s'installer très tôt dans l'enfance, du fait d'erreurs au niveau alimentaire et du manque d'activité physique. Car l'obésité reste le résultat d'une soustraction très simple : calories apportées par la nourriture auxquelles on enlève celles brûlées par l'organisme, d'autant plus importantes que l'on sollicite l'organisme. Pour lutter contre cet excès de poids, il s'agit donc de réformer le mode de vie et non de suivre des régimes et ce, pour un succès à long terme. L'obèse doit passer par un long ré-apprentissage : à manger, à s'organiser pour manger correctement et à heures fixes, à apprécier la nourriture, à

bouger et aimer bouger, à aimer son corps... Il s'agit là de chamboulements d'autant plus importants et plus difficiles que l'obésité ou le surpoids est installé depuis longtemps. D'où l'importance d'agir chez les jeunes et de prévenir l'obésité à ces âges charnières.

Reconnaître l'obésité comme maladie

Cette reconnaissance de l'obésité comme maladie a poussé la BASO (Belgian Association for the Study of Obesity, une association de médecins spécialisés dans les divers aspects de l'obésité) à établir un consensus pour la traiter de la manière la plus appropriée possible. Un traitement qui inclut différents spécialistes : médecins, diététiciens, kinésithérapeutes et psychologues. Une philosophie de traitement que l'on retrouve dans les Cliniques du juste poids, les centres hospitaliers de prise en charge des obèses ou les internats thérapeutiques.

Parallèlement, il est important d'impliquer les médias, les écoles, les familles et l'industrie agroalimentaire pour éduquer à l'alimentation saine et l'exercice physique. Liste à laquelle on pourrait ajouter les pouvoirs publics, les structures extra-scolaires et les médecins pour dispenser un message de prévention. Dans les médias, le message est très bien passé, faisant couler beaucoup d'encre ces derniers mois. Car il est vrai que s'il est une pandémie annoncée, c'est bien celle de maladies découlant directement de l'obésité qui débute de plus en plus jeune. Au premier rang de ces maladies : le diabète ou les maladies cardiovasculaires. A l'heure actuelle, 15 à 20 % des jeunes Belges (enfants et adolescents) sont en surpoids et 3 à 7 % sont obèses.

On l'a dit, l'obésité reste, dans la grande majorité des cas, le résultat d'une trop grande consommation de calories par rapport à la dépense calorifique de l'organisme ; l'excès d'énergie emmagasinée va alors être stocké sous forme de lipides dans le tissu adipeux et nous faire grossir.

Alors que naguère la réflexion s'arrêtait là, dans le grand public comme chez les médecins, aujourd'hui, on va plus loin : pourquoi certains grossissent davantage que d'autres ? Qu'est-ce qui pousse à consommer trop d'aliments ou de calories ? Cette réflexion a conduit à s'interroger sur les mécanismes de régulation de l'appétit. « La physiologie de l'appétit est un phénomène complexe qui reste mal compris, confirme le D^r Jean-Pierre Chanoine, médecin belge officiant au service d'endocrinologie et de diabète du British Columbia's Children's

Hospital de Vancouver, au Canada. « L'obésité se développe grâce à des mécanismes génétiques intervenant dans un environnement propice. »

Et il cite les travaux qui ont mené à la découverte du rôle de deux hormones naturelles, la leptine et l'insuline, qui donnent au cerveau le signal de stopper la sensation d'appétit. « Chez les obèses, on constate que le taux de leptine n'est pas suffisant, mais aussi que certains gènes ne vont pas permettre aux mécanismes destinés à freiner l'appétit de jouer leur rôle. Cette surconsommation d'aliments, additionnée à leur qualité – de plus en plus sucrés et gras – et à la sédentarité croissante chez les jeunes donnent le terrain propice », explique-t-il. Il faudra encore comprendre pourquoi les aliments les plus riches fournissent généralement une plus grande satisfaction...

Dès le berceau ?

Une autre piste de recherche exposée lors de ce colloque a été l'influence de l'alimentation des premiers mois de vie, et en particulier celle de la quantité de protéines consommées dès la plus tendre enfance. Comme l'ont déjà soupçonné certaines études scientifiques, l'allaitement maternel pourrait protéger contre l'obésité. Une théorie que tente de démontrer une grande étude européenne, appelée CHOPIN, menée en Allemagne, Belgique, Espagne, Italie et Pologne.

« Son but est de vérifier si la quantité de protéines ingérées durant les deux premières années de vie, notamment dans les laits artificiels, a un impact sur l'indice de Quetelet¹ à l'âge de 8 ans. Quelque 1250 enfants, dont environ 170 Belges, vont être suivis : un premier groupe recevra un lait artificiel peu riche en protéines, un autre groupe un lait artificiel un peu plus riche en protéines. Ils seront comparés à un groupe de référence, constitué de bébés nourris au sein durant leurs 4 premiers mois », explique le D^r A. Sengier, du Département de nutrition du Service de pédiatrie de l'HUDERF. Tous ces bébés seront régulièrement mesurés, pesés et évalués en fonction des habitudes alimentaires prévalant à côté de la consommation de lait, du mode de vie et du développement psychomoteur de l'enfant. Les premiers résultats sont attendus pour la fin 2005.

¹ L'indice de Quetelet, appelé aussi indice de masse corporelle (IMC) ou Body Mass Index (BMI), se calcule en prenant le poids en kilos, divisé par la taille en mètres élevée au carré. Par exemple, un enfant mesurant 1,40 mètres et pesant 65 kilos aura un BMI de $65:1,4^2 = 33,17$. Le poids idéal se situe entre 20 et 25 ; en-dessous, on est trop maigre ; entre 25 et 30, on est en surpoids ; au-dessus de 30, on est obèse. Statistiquement, on constate que les problèmes de santé se posent surtout à partir d'un BMI de 27.



© Alix

Précisons que les effets d'une alimentation non adaptée ne se font pas ressentir immédiatement chez les jeunes enfants : on constate ce que les spécialistes appellent un « rebond d'adiposité » vers 6 ans, âge auquel les conséquences sur le poids de l'enfant peuvent apparaître. Si cette étude confirme bien l'effet délétère d'une concentration trop importante de protéines sur le risque d'obésité, elle donnera un coup de pouce supplémentaire aux promoteurs de l'allaitement maternel.

De plus en plus jeunes!

Actuellement, l'obésité touche entre 3 et 7 % des jeunes. « Dans la province du Hainaut, 1 enfant sur 4 est en surpoids; en province de Luxembourg, 15% des enfants à partir de 4 ans sont en surpoids ou obèses, chiffre qui atteint 25% chez les 10-11 ans et plus de 15% chez les plus âgés. L'évolution du nombre d'enfants en surpoids est assez inquiétante : dans le Hainaut, on a enregistré en 5 ans une augmentation d'excès de poids et d'obésité chez les enfants de 13 ans de l'ordre de 1% par an, passant de 13 à 18%! Et à Liège, une étude menée en 1998 montre que si les chiffres sont stables chez les adolescents et jeunes adultes, un pic significatif est enregistré en maternelle et en primaire », s'inquiète le Prof. Michèle Guillaume, de l'Observatoire de la santé de la province de Luxembourg.

Quand les kilos sont installés, le risque de voir apparaître les complications est rapide. Par exemple le diabète de type II, c'est-à-dire celui qui découle de l'obésité, qui n'est plus un « privilège » d'adulte : de très jeunes enfants sont aujourd'hui touchés! Sans compter les problèmes orthopédiques, des os, d'hypertension, du sommeil et les autres conséquences psychologiques qu'ils risquent d'endurer. « Ces enfants souffrent en outre fréquemment de carences en vitamine D ou en fer. En effet, du point de vue nutritionnel, tous ces enfants obèses ne mangent pas nécessairement trop, mais mal équilibré. De plus, dans un contexte familial d'obésité, une prise en charge familiale pourrait être efficace. Car un enfant qui a ses deux parents en surpoids ou obèses court un risque de 80% d'être obèse et de le rester à l'âge adulte », confirme le D^r Walter Burniat.

Motiver et déculpabiliser

Les enfants obèses ont souvent un problème de relation à la nourriture, objet à la fois d'envie avant la consommation, de satisfaction immédiate pendant et de honte et de culpabilité après l'absorption. Ces enfants peuvent être pris en charge par des équipes pluridisciplinaires dans des hôpitaux, des cliniques voire des internats thérapeutiques où ils résident durant 3 à 12 mois, pour réapprendre à se

nourrir et à reprendre une activité physique.

« L'objectif n'est pas nécessairement de leur faire perdre du poids, mais souvent de stabiliser le poids qu'ils ont, tout en assurant la croissance. Ainsi, la courbe de taille va grimper, alors que celle du poids va rester stable : les deux courbes vont alors se rejoindre, l'enfant atteignant, dans le meilleur des cas, le poids qui correspond à sa taille. Notre méthode consiste à travailler sur le plan médical pour estimer les risques associés à leur surpoids, sur le plan diététique afin de leur apprendre à manger en fonction de leur mode de vie et de leurs goûts, et aussi sur le plan psychologique », explique Marie-José Mozin, diététicienne pédiatrique à l'HUDERF.

L'enfant et sa famille vont donc être questionnés sur les loisirs, l'activité physique, la scolarité, les habitudes de sommeil, et bien sûr sur les habitudes alimentaires comme les aliments appréciés ou détestés, les conditions de sensation de faim, etc. « Il est souvent difficile d'obtenir des réponses fiables quant à la description des habitudes alimentaires, tant sur le plan quantitatif que qualitatif. En effet, parents comme enfant prennent conscience de leur inadéquation, voire de leur caractère anarchique. Nous devons donc avancer en les déculpabilisant, en leur montrant que notre objectif n'est pas de les juger, mais de les aider à corriger les erreurs commises et ainsi parvenir à l'objectif fixé avec le pédiatre. Une autre

difficulté réside dans l'obtention d'information sur les aliments consommés hors du cadre familial, comme dans les cantines ou les snacks. »

Les spécialistes constatent la récurrence de certains points. « Tout d'abord, la place du petit déjeuner est sous-estimée : il est insuffisant ou absent, laisse une trop grande place aux céréales 'pour enfants' (trop sucrées et qui induisent un sentiment de satiété de courte durée) et pas assez au pain, avec pour corollaire une collation de 10h excessive, un déjeuner souvent déséquilibré, l'ab-

sence ou l'insuffisance de goûter qui laisse la place au grignotage avant le dîner et l'horaire variable de celui-ci qui est trop rapidement ingéré. Nous remarquons également des carences en vitamines D, en calcium et en acides gras essentiels, notamment lorsque le jeune suit un régime prescrit par un non-professionnel. Nous avons également relevé une corrélation entre l'obésité et certaines habitudes de sommeil : les enfants qui se couchent tard, généralement par la difficulté qu'éprouvent les parents à fixer des limites, mais

aussi par l'absorption de boissons contenant de la caféine ou de la théine le soir, sautent très souvent le petit-déjeuner », poursuit M^{me} Mozin.

Une partie de la réponse serait-elle dans l'insaturation d'une organisation des repas et des journées ? Elle le pense, prônant les 4 repas quotidiens (avec un vrai goûter) pour supprimer le grignotage et une ingestion moins rapide du souper pour manger moins. Elle recommande de consommer des aliments variés, au profit des légumes et des fruits, bien évidemment.

Une expérience intéressante

Alors que certaines écoles accueillent des fast-foods dans leurs murs, d'autres jouent la carte de l'alimentation saine. A côté des initiatives individuelles, heureusement nombreuses, il est une petite école maternelle et primaire, dans la verte province du Brabant wallon, qui a fait de l'alimentation un art de vivre.

L'école des Trois pommiers, à Court-Saint-Etienne, n'a pas attendu que l'on parle d'obésité infantile pour intégrer l'éducation à l'alimentation saine dans ses murs. Ce principe y prévaut depuis sa création, en 1973. Cette petite école de l'enseignement libre subventionné non confessionnel enseigne une pédagogie proche de la pédagogie Freinet, qui prône l'expression libre, la réussite en valorisant l'enfant, le respect du rythme de chaque enfant et de sa personnalité, la recherche, la réflexion, le tâtonnement expérimental, la vie en société, l'organisation coopérative, le refus de l'esprit de compétition, l'autonomie, la responsabilité et l'entraide. Et ceci, pour faire court...

Cette philosophie a notamment été mise en application dans l'organisation des repas : « L'alimentation n'est pas un plus, mais fait partie du projet pédagogique. Elle implique une participation active des parents dans la vie de l'école. C'est ainsi que chaque parent est invité à préparer deux à trois fois par an un repas de midi, et environ une fois par an une collation et ce, pour toute l'école qui compte 85 enfants. Ceci fait partie du projet éducatif, pédagogique et d'établissement qui est remis à chaque parent avant la rentrée scolaire. En inscrivant leur enfant chez nous, ils l'acceptent implicitement. Chez nous, l'alimentation saine, bio, la culture de produits frais en potager, etc. fait partie d'une philosophie de vie », explique **Dominique Stordeur**, directrice et enseignante à l'École des Trois pommiers.

Un choix, pas une obligation

Certains s'interrogent sur le bien-fondé d'une telle initiative qui implique les parents dans les repas, considérant que cela est du ressort exclusif de l'école, que les parents n'ont pas à s'en mêler. « Pour nous, l'école ne peut pas s'occuper uniquement d'apprendre à lire, écrire et compter. Nous considérons qu'il n'y a pas de cloisonnement entre l'apprentissage pur de matières et l'éducation au sens plus large. L'enfant vit 8 heures à l'école et nous devons lui apprendre à se laver les mains avant de passer à table, dire merci, etc. Chez nous, il y a une réelle connivence entre les parents et les enseignants. L'enfant évolue parce qu'il entend le même discours à la maison et à l'école, cela peut l'aider à se construire. Le fait de faire participer les parents à la préparation des repas, c'est d'un côté accepter qu'ils soient dans l'école toute la journée. Ils peuvent nous rejoindre en salle des profs et déjeunent avec les enfants et les enseignants... C'est une vie en communauté.

Mais aussi, dans le domaine de l'alimentation, c'est les faire participer à un principe d'équilibre alimentaire qui va s'inscrire dans toute la famille. Nous avons opté pour ce principe non pas par manque de moyens, puisque nous recevons des subsides de la Communauté française, mais nous affectons ces moyens financiers à d'autres postes, comme l'achat de matériel pédagogique, etc. », poursuit-elle.

En somme, il s'agit de la philosophie de vie d'une grande famille. Il en va de la volonté de chaque parent de s'inscrire dans ce type de philosophie pour l'école de son enfant. Le résultat est dans l'assiette : pas de produits congelés, que des produits frais, avec des légumes du potager de l'école - entretenu notamment par les élèves - et surtout pas de plats préparés dans une politique du moindre coût.

Le lundi et le jeudi, les parents, à tour de rôle, se chargent des collations : produc-

tions maisons, comme les cakes, crêpes, gaufres ou autre produits préparés sont donc fournis à toute l'école, avec un plafond fixé à 30 centimes par personne.

Pour les repas de midi, chaque jour, deux familles sont préposées à la préparation des repas. Lundi : repas tartines et crudités, mardi : repas complet avec pommes de terre, légumes et viande; jeudi : repas tartines et potage et vendredi : repas à base de pâtes, riz ou semoule avec sauce. Les frais sont remboursés par l'école. La préparation pour un bataillon peut sembler particulièrement ardue, mais après visite aux cuisines, l'équipement est adapté et les conseils sur les quantités à prévoir sont affichés sur un tableau géant en cuisine. Et puis, il est toujours possible de demander de l'aide à des parents déjà bien rôdés ou aux enseignants qui connaissent bien ce système. « Cette participation des parents s'inscrit tant dans le désir d'assurer des repas de qualité aux enfants que dans un esprit de solidarité, d'engagement et de participation autour et dans l'école », précise la Charte de l'école. Mais à voir l'évolution des chiffres de l'obésité infantile, ce type d'initiative, bien que contraignante, ne peut que convaincre de l'utilité d'une éducation à l'alimentation saine et que cette éducation n'est pas utile si elle n'est pas suivie dans l'environnement fréquenté 8 heures par jour par l'enfant ou au contraire en famille...

A quelques kilomètres des Trois pommiers, on trouve une autre école qui accueille un fast-food, à destination de jeunes de l'enseignement secondaire. Certes, cela demande nettement moins d'efforts des parents et enseignants...

C.M.

Les principes nutritionnels pour des enfants et des jeunes diffèrent de ceux pour des adultes qui doivent maigrir. « *Il faut des apports nutritionnels suffisants pour assurer une croissance harmonieuse, des apports en calcium élevés et le respect d'une pyramide alimentaire tenant compte de l'apport non pas glycémique, mais insulinaire, qui a un effet de satiété supérieur.* »

De l'importance du psy

Un autre aspect essentiel de la prise en charge pluridisciplinaire est celui de la psychiatrie. Un aspect qui peut être rejeté d'office par certains parents qui n'en voient pas l'utilité. C'est vrai, l'obésité n'est pas un trouble psychiatrique, mais des études ont démontré que des facteurs psychologiques interviennent dans son apparition ainsi que dans son maintien, de manière variable selon les personnes. « *Le passage du pédiatre et de la diététicienne vers le pédopsychiatre est un moment fragile à haut risque de rupture. Le pédiatre et la diététicienne sont donc attentifs au moment et à la manière d'amener la proposition de consulter un pédopsychiatre,* explique **Sophie Matagne**, pédopsychiatre à l'HUDERF. *Notre but est de permettre au jeune obèse de se distancier de ce problème d'obésité pour aborder le problème psychologique qui peut l'entretenir, en fonction de sa spécificité individuelle, familiale et sociale.* »

Dernier axe important : la reprise d'une activité physique. Ces enfants sont souvent « fâchés » avec le sport : leurs performances sont médiocres et l'obligation de porter certaines tenues (comme le maillot de bain) sont trop souvent l'occasion de railleries. Aussi, il s'agit de les ramener à apprécier de pratiquer un sport, de pouvoir s'y affirmer, d'où l'utilité d'une prise en charge par la kinésithérapie. Les kinés vont s'intéresser alors aux activités pratiquées avant l'obésité, l'âge de l'enfant, ses motivations, mais aussi son état physique, éventuellement altéré par les surpoids :

articulations, pieds plats, problèmes de dos..., ou encore ses capacités respiratoires, sa masse grasseuse, son équilibre, sa souplesse ou son endurance.

Ce topo terminé, les séances de kiné vont pouvoir débuter en douceur. « *Tout d'abord, il s'agit de travailler sur la mise en mouvement et la prise de conscience du corps. Par la suite, nous allons travailler la (ré)harmonisation musculaire, l'endurance, l'équilibre entre le mouvement et la détente et l'autonomie ainsi que le potentiel cardio-respiratoire. Nous tenons néanmoins toujours compte de l'âge et du sexe de l'enfant, ainsi que de son niveau physique ou de la présence d'une maladie ou d'un problème de santé associé* », explique **Frédéric Dejasse**, kinésithérapeute. Progressivement, les enfants vont choisir des activités ou sports qu'ils préfèrent. « *Il faut travailler progressivement, pour procurer du plaisir et favoriser ainsi la motivation à continuer. Tous les sports peuvent être pratiqués, mais ce sont les sports dits de portage, comme le vélo ou la natation, qui seront favorisés.* »

Rembourser les traitements ?

Comme on l'a dit, ce mixte de différentes disciplines pour soigner les enfants obèses est proposé par des cliniques ou hôpitaux, avec le risque de décrochage que cela engendre. Pour les grands obèses, l'option d'internat thérapeutique peut s'avérer nécessaire, puisque l'enfant reste 24h sur 24 dans un environnement qui va le stimuler dans sa décision de perte de poids, avec des cours soit dans l'internat même pour les enfants de primaire, soit dans les écoles avoisinantes pour les élèves du secondaire.

Un changement d'environnement qui pèse, émotionnellement, pour ces jeunes, mais qui n'est que transitoire : le séjour dure entre 3 et 12 mois, en fonction des enfants. Dans tous les cas, sauf ceux où la mutuelle intervient intégralement, les coûts financiers peuvent être

L'alimentation des enfants, le marketing alimentaire et l'école suscitent depuis plusieurs mois des initiatives en sens divers au sein de notre Communauté française, qu'elles émanent des autorités, du secteur privé ou de l'associatif. Nous ne manquerons pas d'y revenir dans *Education Santé*.

importants, avec le risque d'abandon que cela entraîne. « *Le nombre d'enfants et d'adolescents obèses augmente et les limites des possibilités de prise en charge par des services hospitaliers spécialisés sont telles qu'il faut une politique concertée de réseau multidisciplinaire. Sur le plan du traitement, on pourrait proposer un contrat forfaitaire incluant les consultations de pédiatrie, la mise au point biologique, la prise en charge diététique, la pédopsychiatrie, la kinésithérapie orientée... selon un schéma à définir avec l'INAMI, tout comme c'est le cas pour les internats thérapeutiques* », plaide le D' Burniat. Si cela peut aider certaines familles moins aisées à franchir le pas du traitement, il faut néanmoins garder à l'esprit qu'un remboursement peut, dans certains cas, dédouaner certains d'un travail de prévention qui implique un changement fondamental des habitudes.

Dans tous ces systèmes de prise en charge, le défi se situe également à la maison, avec un changement durable des habitudes alimentaires non seulement des enfants, mais très souvent aussi de la famille. C'est pourquoi l'éducation nutritionnelle des parents doit faire partie de la prise en charge de l'enfant obèse. Le modèle sera la pyramide alimentaire qui, loin de diaboliser certains aliments, insiste sur la place qui est la leur dans l'alimentation globale.

Carine Maillard

Les comportements alimentaires des Français

Depuis 1992, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et les principales institutions nationales en charge de la santé publique ont élaboré un dispositif d'enquêtes "Baromètre santé". Répétées régulièrement, elles mesurent l'état de l'opinion, des attitudes et des comportements des Français vis-à-vis de leur santé. Elles permettent à l'Inpes d'apprécier l'évolution des connaissances et d'adapter ainsi les stratégies d'information et la mise en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé.

Le Baromètre santé nutrition 2002 donne des informations sur les connaissances, opinions et comportements de la population française en matière de nutrition.

Que savent les 12-75 ans de l'alimentation, des liens entre celle-ci et certaines maladies ? Se sentent-ils bien informés ? Que représente pour eux le fait de manger ? Pensent-ils avoir une alimentation équilibrée ? Qu'est-ce qui influence la composition des menus ? Que et quand mangent-ils ? Comment structurent-ils leurs repas ? Où et avec qui les prennent-ils ? Comment se

situe leur alimentation par rapport aux repères de consommation recommandés ? Ont-ils tendance à grignoter ? Comment les Français choisissent-ils leurs lieux d'achats ? Qu'en est-il de la pratique de l'activité physique ou sportive ?

Plus de 3000 personnes âgées de 12 à 75 ans ont répondu à ces questions au niveau national entre le 2 février et le 29 mars 2002. Des analyses auprès des 18-75 ans ont été menées dans deux suréchantillons régionaux d'environ 1000 personnes, en Languedoc-Roussillon et dans le Nord-Pas-de-Calais.

Perceptions et connaissances relatives à la nutrition

Lien entre alimentation et maladies : si manger pour conserver sa santé n'est un objectif que pour 20 % des Français, plus de 80 % considèrent que l'alimentation joue un rôle important dans l'apparition de certaines maladies comme l'obésité, les maladies cardio-vasculaires, le diabète ou l'ostéoporose. En revanche, ils ne sont que 64 % à penser qu'elle joue un rôle important en ce qui concerne le cancer.

Information : plus des trois quarts des Français (77,3 %) considèrent être bien informés sur l'alimentation. Sont cités comme principales sources d'information les médias (49,8 %), les professionnels de santé (20,5 %) et l'entourage proche (16,8 %). Plus de la moitié des personnes interrogées lisent les informations nutritionnelles portées sur les emballages au cours de leurs achats, mais parmi celles-ci, seulement un peu plus d'une sur deux trouve que ces informations sont faciles à comprendre.

Connaissances : au moment de l'enquête, une minorité de personnes cite les repères de consommation recommandés depuis fin 2001 par le PNNS (Programme National Nutrition Santé). 2,6 % de Français ont cité "au moins 5 fruits et légumes par jour", 17,6 % "3 produits laitiers par jour" et 30,4 % "au moins 30 minutes d'activité physique par jour".

Les femmes semblent plus intéressées et plus préoccupées par la valeur santé de l'alimentation que les hommes et sont deux fois plus nombreuses à déclarer suivre un régime amaigrissant. Par ailleurs, en 2002, elles sont en proportion plus nombreuses qu'en 1996 à pratiquer ce type de régime.

De nombreuses attitudes, opinions et connaissances changent aussi en fonction de l'âge : pour les adolescents, manger représente avant tout un acte indispensable pour vivre, alors que pour les adultes, le plaisir de manger prime. Pour les adolescents, manger équilibré signifie plus souvent "éviter certains aliments", "prendre des repas réguliers", ou encore "ne pas grigno-

ter entre les repas", alors que les adultes évoquent "manger varié" ou "favoriser certains aliments". Plus on avance en âge et plus l'alimentation devient un sujet de préoccupation.

Consommations et habitudes

Consommation alimentaire : un Français sur dix prend des fruits et légumes au moins 5 fois dans la journée. La consommation de fruits et légumes est davantage féminine et augmente avec l'âge. Un sur quatre consomme des produits laitiers 3 fois par jour, ce qui est en augmentation par rapport à 1996 et 48,1 % des jeunes de 12 à 17 ans en ont pris 3 ou 4 fois. Huit personnes sur 10 mangent une à deux fois par jour de la viande, des produits de la pêche ou des œufs. Les produits sucrés sont davantage consommés par les jeunes ainsi que les snacks (pizzas, tartes salées, sandwich...). Ces derniers sont également davantage consommés par les individus qui travaillent.

Consommation de boissons : la consommation d'eau minérale ou d'eau de source a augmenté ainsi que celle de jus de fruits. Le pourcentage de Français de 18 à 75 ans ayant pris une boisson alcoolisée au moins une fois dans la journée a diminué entre les enquêtes de 1996 et celle de 2002, passant de 45 % à 39 %. En proportion de consommateurs, le vin rouge reste l'alcool le plus consommé, mais la tendance est à la baisse.

Habitudes alimentaires : certaines habitudes alimentaires apparaissent ancrées. C'est en particulier le cas du sel posé sur la table par plus de 3 Français sur 5. C'est également celui de diverses matières grasses comme la mayonnaise, le beurre et l'huile d'olive qu'un Français sur 5 a l'habitude de mettre sur sa table.

Certains changements sont observés depuis 1996 : concernant les matières grasses utilisées pour la vinaigrette et la cuisson, l'emploi de l'huile d'olive a fortement augmenté (+86 % pour la vinaigrette). Le beurre et la margarine ordinaire sont en baisse alors que c'est l'inverse pour les produits allégés et les huiles mélangées.

Activités physiques : parmi l'ensemble des 12-75 ans, 55 % déclarent avoir pratiqué une activité sportive au cours des 15 derniers jours. Les plus jeunes sont proportionnellement plus nombreux à en avoir pratiqué. 66,6 % de la population a marché ou fait du sport la veille de l'interview.

Composition, répartition et lieux de prise des repas

Le modèle alimentaire dit "traditionnel" des Français repose sur la notion de repas qui rythment la journée. Ils sont structurés en plusieurs plats et partagés avec d'autres convives (pour ce qui concerne le déjeuner et le dîner). Les modes de vie actuels sont susceptibles de contraindre ce modèle et de le modifier. Si la tradition de prendre 3 repas par jour persiste, on assiste à une simplification de la structure des deux principaux repas.

Le lieu principal des 3 principaux repas reste le domicile même lors du déjeuner (67,7 %).

Petit-déjeuner : 10,2 % des Français composent leur petit-déjeuner de façon optimale avec les trois groupes d'aliments recommandés par les nutritionnistes. Ils mettent en moyenne 16 minutes pour prendre leur petit-déjeuner et sont 17,4 % à regarder la télévision en même temps.

Déjeuner : la structure en 4 plats encore fréquente en 1996 (25,2 %) a vu son importance diminuer (19,9 %). En 2002, la structure du déjeuner se fait principalement autour de 3 plats (37,7 %) ou de 2 plats (30,3 %). 33,8 % des Français le prennent devant la télévision et y consacrent 30 minutes.

Dîner : la structure du dîner se fait principalement autour de 2 plats (38,9 %) ou de 3 plats (34,8 %). L'ordre était inversé en 1996. Près d'un Français sur 2 (49,8 %) dîne devant la télévision. Le temps consacré à ce repas est en moyenne de 40 minutes.

D'après un communiqué de presse de l'INPES

RÉFLEXION

Jeunes et alcool : quand la prévention s'emmêle!

Cet article a pris sa source dans une série d'échanges que nous avons eus **Philippe Bastin** d'Infor-Drogues et moi-même lors de réunions de préparation de la journée 'Les jeunes et l'alcool', qui s'est tenue à Louvain-la-Neuve le 18 mai¹. Son propos ne sera pas ici d'apporter des réponses préalables aux ques-

tions liées à la problématique de la consommation d'alcool chez les jeunes ni sur la seule bonne manière de concevoir la prévention. Son objectif est de proposer une série de questionnements et d'étonnements par rapport à cette thématique et son inscription dans le contexte actuel, d'aborder un certain nombre de balises

permettant de penser la prévention en tentant de resituer l'ensemble dans une optique de promotion de la santé, et de « survoler » quelques « évidences » dont on nous « abreuve » concer-

¹ Voir 'Jeunes et alcool : un colloque pour une nouvelle dynamique préventive', *Education Santé* n° 192, août 2004.

nant l'alcool et les jeunes afin de tenter d'éviter d'entrer dans un processus de stigmatisation et de généralisation abusive. En effet, il n'y a pas une seule manière de consommer de l'alcool et ces consommations d'alcool s'inscrivent parmi une diversité d'autres consommations, certaines problématiques, d'autres non...

Et puis, « être jeune » n'est ni un syndrome ni une catégorie sociologique uniforme...

Aussi quand un phénomène est pointé à un moment donné comme un problème de société, il importe de se pencher sur ce phénomène, de prendre la mesure de sa complexité et d'éviter toute approche réductrice, stigmatisante et génératrice d'effets pervers.

Après un long temps de focalisation sur les drogues illicites, des discours alarmistes se développent sur des produits jusque là plus ou moins épargnés par la diabolisation. Les temps changent et l'on se rend compte que le caractère licite ou illicite d'un produit n'est pas la conséquence directe de son degré de dangerosité. Le classement de certaines substances psychoactives dans la catégorie des produits illicites n'a aucun fondement scientifique. Mais, par rapport aux produits légaux (et il suffit de voir ce qui se passe actuellement au niveau du tabac!) et à la manière de concevoir leur inscription (ou désinscription) sociale, n'est-on pas en train de refaire le même chemin semé d'embûches, d'exclusion et de moralisme que par rapport à ce que jusqu'il y a peu on considérait comme les « seules » drogues ? Va-t-on répéter ad libitum les mêmes stratégies et discours préventifs visant uniquement l'abstinence comme seule voie de salut sans prendre en compte ce qu'ont pointé les expériences et les échecs de la « guerre à la drogue »?

On ne peut donc que s'interroger sur l'actualité et tenter de penser d'autres voies de sortie ou d'amélioration des situations...

Quelques constats relevés dans l'actualité

La presse nous renvoie des constats et informations en apparence contradictoires.

Le 04/03/2004 on pouvait lire dans « La Tribune de Bruxelles » : « L'alcool, fléau européen. Dans toute l'Europe, les jeunes consomment de plus en plus d'alcool. En Norvège, l'association Actis combat le mal depuis plus d'un siècle... ».

Alors que la veille, La Libre Belgique titrait : surtout ne pas arrêter de boire modérément. Les personnes qui arrêtent de boire de un à deux verres de boissons alcoolisées par jour, courent 29 % plus de risques de mourir d'une maladie cardiovasculaire que les buveurs modérés qui continuent (et cela, selon deux enquêtes danoises publiées dans la revue internationale « Epidemiology »). Ainsi selon le Professeur

Morten Groenbaek de l'Institut de l'Etat pour la Santé publique, « le risque de décéder d'une crise cardiaque augmente chez les gens qui ont une consommation modérée d'alcool, et qui cessent de boire. Et ceux qui n'ont jamais bu améliorent leur protection contre les maladies coronaires s'ils commencent à boire un peu. » Cet appel à la consommation modérée de bière, de vin et de spiritueux, a été accueilli avec prudence par les autorités sanitaires qui n'ont pas voulu contester les résultats mais n'envisagent pas de lancer des campagnes pour inciter les citoyens à boire, dans un pays où l'on sait que l'alcoolisme est un problème majeur.

Dans la publication de décembre 2003, « La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire. Quoi de neuf depuis 1994 ? », les chercheurs de PROMES signalent entre autres résultats :

- chez les élèves de 13, 15 et 17 ans la proportion des jeunes qui déclarent avoir déjà goûté une boisson alcoolisée varie de 94 % en 1986 à 81 % en 2002. L'essai de consommation s'observe plus fréquemment chez les élèves plus âgés et parmi ceux de l'enseignement général. On observe une diminution de l'essai par rapport à 1986 et cela pour toutes les enquêtes suivantes.

- l'étude de la fréquence de consommation confirme que pour certains jeunes, le fait de boire de l'alcool n'est pas occasionnel même si l'évolution dans le temps montre que le nombre de consommateurs réguliers est le plus bas ces dernières années. De 1986 à 2002, le pourcentage de buveurs hebdomadaires est passé de 48 % à 28 %.

Ne pas considérer la question dans sa complexité peut générer en terme de prévention des effets contre-productifs si l'objet pris en considération est la « santé » des individus.

Ainsi, fin des années nonante, un chercheur canadien a pu montrer que la diminution de la consommation d'alcool dans la population générale ne signifiait pas la diminution des problèmes de consommation. Ce qui, avant d'aller plus loin, nous renvoie à l'un des constats de début d'exposé concernant les rapports que les jeunes Belges entretiennent avec l'alcool : globalement depuis plusieurs années on note une diminution du nombre de jeunes disant avoir consommé au moins un verre d'alcool dans l'année, par contre on pointe une tendance à la hausse du nombre de jeunes disant avoir été ivres plus d'une fois dans l'année.

Pour en revenir à notre chercheur canadien, dans un ouvrage intitulé « La modération a bien meilleur goût, mais... », il nous dit « L'idée derrière la politique québécoise est bien sûr d'atténuer les problèmes liés à l'alcool. Mais une baisse de la consommation moyenne ne se traduit pas nécessairement par un règlement des problèmes. Loin de là. » Des analyses faites

en Australie, en Angleterre, en Ontario et au Québec ont mis en évidence que les problèmes viennent vraiment des intoxications. En d'autres termes, il existe deux catégories de consommateurs d'alcool qu'il faut éviter de confondre. Premier type de consommateur : une personne boit ses deux verres de vin à chaque souper. Son médecin peut la féliciter : l'alcool à doses modérées et régulières réduit les risques de maladies cardiaques. De très nombreuses études indiquent que la santé des buveurs modérés est meilleure que celle des abstinents, même après avoir exclu l'influence des variables comme l'âge ou l'activité physique (ce qui est en cohérence avec la nouvelle recherche mentionnée dans La Libre et ce qui a été appelé le « paradoxe du sud-ouest » par des chercheurs danois dans les années quatre-vingt).

Bref, pour cette personne, l'alcool est source de plaisir et de santé, pas de problèmes.

Il en va tout autrement pour la seconde catégorie de personne qui ingurgite le même volume d'alcool par semaine mais en une ou deux occasions. Là, dit notre auteur, « le médecin n'est plus d'accord et le travailleur social ouvre l'œil. »

Pourquoi ?

Une fraction importante de ceux qui s'intoxiquent à l'alcool boivent parce qu'il ont des problèmes... et ils ont des problèmes parce qu'ils boivent... Et c'est ici, dit-il, qu'on découvre un « hic » dans les données de Santé Québec. Suite à cette grande campagne visant à diminuer la consommation d'alcool sur l'ensemble de la population on constate que la catégorie de buveurs modérés a fondu au profit des abstinents. Pour reprendre l'exemple, les personnes de la première catégorie ont remplacé leur vin par de l'eau. Si boire n'était pas politiquement incorrect, leur médecin devrait leur dire qu'ils arrêtent un comportement favorable à leur santé. Ici, cette baisse de consommation a donc un effet pervers.

Mais il y a pire, les mêmes données montrent que les gros buveurs, ceux qui s'intoxiquent, ont maintenu leur niveau de consommation...

« Au Québec, les buveurs qui sont encore excessifs forment un noyau dur. Pour les rejoindre il faudra changer de message mais, dit Louise Nadeau, du département de psychologie de l'université de Montréal, il faudra surtout changer d'objectif et ne plus le fixer en fonction du volume global d'alcool consommé mais bien viser à réduire le nombre d'intoxications. »

Dès lors, lorsqu'on envisage de mettre sur pied des projets de prévention d'abus d'alcool, comme d'autres produits psychotropes licites ou illicites, et qu'on souhaite les inscrire dans un cadre de promotion de la santé, l'objectif serait non pas l'abstinence ou la réduction de la demande mais la réduction des dommages,

des problèmes liés à la consommation. Et ce, en favorisant les possibilités d'augmenter, pour les personnes, leurs compétences, leur estime de soi, leurs capacités à faire des choix en étant mieux informées mais aussi en ayant accès à de meilleures ressources.

Quelle prévention pour les jeunes ?

A ce propos je voudrais vous parler de deux chercheurs hollandais (De Haes et Schuurman : « Results of an evaluation study on three drug education models » in Journal of Health Education, 18, supplement, 1975) qui ont étudié l'impact de différents modèles de prévention sur la consommation des jeunes.

Ils ont essayé de trouver laquelle des trois approches suivantes était la plus efficace :

- l'approche axée sur la peur, centrée sur la mise en garde;
- l'approche informative « neutre », « objective » centrée sur le produit;
- l'approche centrée sur les personnes et leurs problèmes offrant la place au dialogue, à la rencontre.

Leur expérience a été réalisée à Rotterdam, auprès d'environ mille jeunes de 14 à 16 ans, provenant de cinquante écoles différentes. Après analyse, les comparaisons avec un groupe contrôle où il n'y a aucune intervention montrent que les deux premières approches ont un effet pervers. Seule la dernière approche a un effet positif. D'autres études, effectuées par la suite, confortent ces résultats. Ainsi, toutes ces littératures semblent confirmer le fait que les programmes centrés sur les approches d'avertissement et la seule information, n'ont soit aucun effet, soit un effet négatif inverse de celui escompté (on constate plus du double de consommation pour la population étudiée dans le cas de l'approche centrée sur la peur par rapport au groupe contrôle où « on ne fait rien »). Par contre, les programmes qui portent leur attention sur les jeunes (qui ils sont, comment ils vivent, leur apprenant à surmonter leurs difficultés au jour le jour...) sont efficaces pas seulement dans la diminution de la consommation de drogues, mais aussi dans leurs comportements rebelles, de recherche d'attention...

Au Québec de nouveau, Line Beauchesne (Professeure de criminologie à l'Université d'Ottawa) a mené pendant plusieurs années des recherches sur l'efficacité des programmes de prévention en matière de psychotropes chez les jeunes en milieu scolaire.

Elle a pu dégager un certain nombre d'indices à ce sujet.

Le premier indice est la nécessité d'une **stratégie multiple d'interventions** qui répondent à la multiplicité des motifs de consommation.

Les jeunes ne consomment pas les produits psychotropes uniquement parce que ces produits sont disponibles, d'où la faiblesse des programmes axés uniquement sur la nécessité d'abstinence ou de « savoir dire non ». Ni parce qu'ils sont mal informés, d'où la faiblesse des programmes axés uniquement sur la présentation des produits particuliers et de leur potentiel de toxicité. Ni encore parce qu'ils ont des problèmes, d'où la faiblesse des programmes axés uniquement sur la perception des jeunes consommateurs comme des jeunes à problèmes.

Les consommations de psychotropes, licites et illicites, relèvent des interactions entre la personne, le produit et l'environnement, et ce rapport s'inscrit dans des modèles socio-culturels.

Il importe alors, dans l'élaboration d'un projet de prévention pour les jeunes, de présenter les modèles socio-culturels de consommation, de discuter de l'ensemble des motivations à consommer (et elles sont nombreuses et diversifiées!), et d'échanger sur les différents usages des produits que les jeunes seront le plus susceptibles d'expérimenter.

Le deuxième indice est que la **démarche** en matière de consommations de psychotropes doit s'inscrire **dans un discours global de promotion de la santé** englobant entre autres le développement d'habiletés qui augmentent l'estime de soi et le goût de vivre et non pas être isolée dans une problématique à part. Cela permet d'intégrer cette approche très tôt dans la vie des jeunes et non après qu'ils aient déjà acquis des habitudes de consommations plus ou moins adéquates pour leur bien-être. Cela

permet également de s'inscrire dans une démarche de dialogue avec les jeunes sur ce qui les aide à vivre, leur estime de soi et leur qualité de vie.

Le troisième indice est que ce sont **les adultes** qui entourent les jeunes, qui **sont les « messagers » les plus crédibles** de cette prévention. Donc il importe de sensibiliser ces personnes, interlocuteurs habituels des jeunes, à l'importance de ce rôle et de leur donner les moyens de l'assumer.

La promotion de la santé repose sur une conception globale, dynamique et positive de la santé et vise à augmenter pour l'individu et la collectivité le pouvoir d'agir sur leur santé. Plutôt que de vouloir bannir toutes les conduites à risque par l'exclusion ou l'interdit, cette approche se fonde sur un questionnement éthique et non sur une vision moralisatrice, elle vise à restaurer, pour la personne, des possibilités de choix concernant son « bien-être » et ses relations harmonieuses avec les autres dans la cité.

Le bon usage

La manière dont on parle du produit pointé comme problématique n'est pas anodine. Que ce soit dans les médias ou dans le discours ambiant, le vocable de « fléau » est souvent mis en avant, en ce sens que c'est ce produit qui contamine, « détruit » les jeunes... Le sensationnalisme est privilégié au détriment d'une approche plus nuancée. Dans ce discours réducteur, le produit est la cause de tout, c'est parce qu'il est présent et accessible qu'il y a des jeunes qui en deviennent dépendants et bien sûr dans ce schéma cognitif, ce sont les propriétés intrinsèques du produit qui poussent à sa consommation. Ce qui revient à nier la possibilité d'action du consommateur et l'influence d'autres facteurs.

Plutôt que de mettre l'accent sur le produit et sa dangerosité, il importe de se pencher sur les usages que les personnes font du produit, car ce qui peut faire problème ce n'est pas le produit lui-même mais la manière dont on en use. L'usage, c'est la rencontre entre un produit (avec ses propriétés pharmacologiques et son inscription culturelle), une personne qui le consomme (avec son histoire, ses valeurs, ses attentes par rapport à ce produit...) et un contexte (dans un espace-temps culturel, dans un groupe, dans une société avec ses lois...). Chaque usage est donc particulier et il existe une pluralité d'usages : occasionnel, récréatif, modéré, festif, traditionnel, problématique (par exemple en situation d'apprentissage pédagogique, sur les lieux de travail, ou encore lors de la conduite d'un véhicule...) et chaque usage répond à des motivations particulières. Ainsi, même si c'est le désir d'accéder à des états de conscience modifiée qui sous-tend souvent la consumma-

Type de « manipulation expérimentale »	Première consommation dans les 7 mois suivant la « manipulation expérimentale »
Prévention axée sur la peur, la mise en garde	7,3 %
Information « neutre », « objective » centrée sur les produits	4,6 %
Approche centrée sur les personnes et leurs problèmes offrant la place au dialogue, à la rencontre	2,6 %
Groupe contrôle – pas d'intervention	3,6 %

De Haes, W. & Schuurman, J., Results of an evaluation study on three drug education models (1975). (International Journal of Health Education, 18, Supplement).

Le comportement des jeunes face à l'alcool se modifie, il se rajeunit, il se féminise. Les stratégies commerciales mises en œuvre pour toucher cette cible essentielle deviennent de plus en plus variées et pointues. Comment faut-il réagir ? En observant, en dénonçant, en éduquant ?

Plusieurs associations des secteurs de la prévention et de la jeunesse ont organisé, le 18 mai 2004, un colloque consacré à cette question. Il s'agissait de faire un état des lieux :

- des données épidémiologiques de la consommation d'alcool par les jeunes;
- des stratégies commerciales et communicationnelles des producteurs et distributeurs d'alcool, ainsi que des messages véhiculés par les médias;
- des actions de prévention ou de promotion de la santé liées à la problématique;
- des aspects juridiques et législatifs de la question.

Le texte de Henri-Patrick Ceusters est extrait de ce numéro de grande qualité.

Le 32^e Cahier de Prospective Jeunesse contenant les actes de ce colloque est disponible. Pour le commander (10 €) ou recevoir la liste des autres numéros parus, contactez Claire Haesaerts, Secrétaire de rédaction, tél.: 02 512 17 66, fax : 02 513 24 02, courriel : claire.haesaerts@prospective-jeunesse.be. Site internet : www.prospective-jeunesse.be Pour en savoir plus sur la constitution du Réseau Jeunes et Alcool en Communauté française, contactez Florence Vanderstichelen ou Martin de Duve, à l'asbl Univers Santé, place Galilée 6, 1348 Louvain-la-Neuve. Tél.: 010 47 28 28, fax : 010 47 26 00, courriel : jeunes-alcool@univers-sante.ucl.ac.be

tion du produit, il arrive qu'on le prenne pour d'autres raisons.

Pour être bien parmi les autres, créer des relations : « Tchîn ! », « Santé », « A la vie ! », « A l'amour ! »... Dans nos contrées, les occasions de trinquer sont nombreuses car elles sont souvent associées à la notion de fête et constituent généralement des moments agréables, qui ont pour effet de rapprocher les personnes. L'apéritif, un repas d'anniversaire, un examen réussi ou une victoire sportive, une pendaison de crémaillère... en sont autant d'exemples. L'alcool nous rend moins timides, plus exubérants, plus joyeux... On parle plus facilement à l'autre, on aborde plus facilement quelqu'un... Quant aux drogues illégales, elles jouent un rôle similaire voire encore plus fort par le fait qu'elle rapprochent des personnes qui ont choisi de consommer des produits illégaux, de transgresser certains interdits.

Pour franchir les interdits, repousser des limites au-delà des effets individuels recherchés par la consommation d'un produit psychoactif, il y a toute une dimension sociale qui entre en compte, surtout lorsqu'il s'agit de substances dont l'accès est prohibé. Celles-ci sont porteuses d'interdits et de tabous ce qui a pour conséquence de leur conférer un pouvoir symbolique d'opposition très puissant. Les enfants découvrent très vite qu'on peut contrarier ses parents, ses professeurs, son médecin et toute autre autorité en prenant de tels produits. C'est bien pour cela, aussi, que l'adolescence est une période particulière où ces produits sont attirants aussi parce qu'ils sont interdits.

Pour faire comme les autres. Chaque famille, institution, groupe de personnes, bande... a ses propres usages et coutumes. Ainsi, le plus souvent les personnes ne choisissent pas de consommer ou non, mais finissent par le faire parce que c'est comme ça dans leur milieu, pour faire comme tout le monde ! En de nombreuses situations ne pas consommer c'est prendre le risque de se voir rejeté. Ainsi quelqu'un qui décide de ne pas partager au moins un verre lors d'une « troisième mi-temps » risque fort d'être « regardé de travers ».

Pour modifier son humeur. L'alcool et de nombreuses drogues sont consommées pour pallier l'angoisse, la dépression, l'insomnie, la douleur ou l'ennui, bref toutes ces humeurs considérées comme étant indésirables voire inacceptables. L'alcool peut aussi faire croître l'audace, et procurer la sensation d'être plus puissant. Encouragés par la publicité et par certaines croyances sociales, un grand nombre de personnes, quel que soit leur âge, consomment des drogues, qu'elles soient légales ou non, dans cette optique. Ainsi, avant un entretien pour un emploi, un individu peut consommer un léger calmant; dans le même ordre d'idées, pour diminuer son angoisse avant un match important un jeune choisira de fumer un pétard, alors qu'un autre, pour assumer une situation vue comme stressante va se jeter un petit whisky derrière la cravate...

Etc., car la liste des motivations et du sens donné à la consommation est loin d'être complète.

Tous les jeunes ou chaque jeune en particulier ?

Les jeunes doivent se différencier des adultes, de leurs parents, de leurs éducateurs... avoir des pratiques qui les distinguent. La consommation de biens et de symboles marchands est, aujourd'hui, ce qui caractérise surtout le concept de « culture » des jeunes. C'est une façon privilégiée de s'affirmer. Les ados ont un pouvoir d'achat réel. Dès lors, ils sont des cibles spécifiques des opérations de marketing (cartes GSM, boissons « alcopops » de type « breezer »...).

Il n'est cependant pas raisonnable de penser qu'il existe réellement une seule culture ado en tant que telle (il y a trop de différences sociales, économiques, géographiques...) mais la consommation est néanmoins une des caractéristiques constantes des pratiques adolescentes.

Si la distinction psychologique de l'adolescence par rapport à l'âge adulte doit se faire, il faut rappeler que, finalement, les questions que se posent les ados sont les mêmes que les nôtres : sens de la vie, l'amour, la mort...

Les pertes de modèles et l'absence de repères ne sont pas uniquement un problème pour les ados. Le culte de la performance, la société de consommation, cela nous concerne tous. Les remises en question existentielles ne sont pas des préoccupations pour les seuls jeunes. Nous aussi, adultes, lors d'une crise individuelle grave, nous nous remettons en question...

La « crise » de l'adolescence est aussi la crise de tous les adultes : il faut se réinventer, s'adapter constamment à la mouvance de l'environnement professionnel, familial, social...

Tous concernés ?

Face à un phénomène aussi vaste et complexe que sont les usages de drogues (tant légales qu'illégal), tous les secteurs de la société sont concernés : l'enseignement, l'aide à la jeunesse, la santé, le monde des loisirs, les communes, etc.

Tous les secteurs, mais aussi tous les adultes qui ont une responsabilité éducative (éducateurs naturels tels les parents, mais aussi les enseignants, les animateurs..., en fait, tous les adultes responsables!). En effet, ces situations et ces problèmes ne peuvent être réservés aux seuls spécialistes : ceux-ci ne sont pas assez nombreux et ne peuvent de toute façon être partout pour apporter réponse à tout.

Comme pour beaucoup d'autres questions (la violence, la délinquance, le suicide, etc.), sans être un spécialiste, chacun peut, de sa place et à sa place, contribuer à l'éducation et à la prévention : en écoutant les jeunes, en étant un point de repère pour eux, en les conseillant, en les soutenant, etc. Il est nécessaire que les jeunes

puissent s'appuyer et se sentir soutenus par des adultes qu'ils connaissent, là où ils sont, et en qui ils ont confiance.

En cas de problèmes graves ou lorsque nécessaire, ces adultes seront aussi les relais idéaux pour les orienter vers des professionnels et des services appropriés. Car même animé des meilleures intentions du monde, chacun a ses limites et on ne peut être « l'homme de toutes les situations ».

Enfin, le rôle des intervenants spécialisés en prévention est d'aider les adultes de tous bords qui apportent au quotidien leur contribution dans ce domaine :

- en les informant sur cette question particulière (les drogues, leurs usages, les risques, les adresses utiles, etc.);
- en les aidant à mieux comprendre, écouter et accompagner les jeunes;
- en les aidant pour qu'ils soient mieux à même de gérer, dans les limites du raisonnable, les

situations problématiques qui se présentent à eux.

Ainsi, du côté des intervenants, la prévention pourrait se définir alors comme une relation d'accompagnement, c'est-à-dire susciter, faciliter, encourager le choix libre et éclairé d'un comportement toujours à adapter. Bref, promouvoir plutôt que contraindre.

La prévention a une place... seulement si elle est à sa place.

Si la prévention est un pari sur l'avenir, c'est aussi un pari ingrat! Parce que l'adulte est là pour accompagner le jeune dans une aventure dont il (l'adulte) ne connaîtra pas l'issue. Conscient que son rôle n'est pas seulement de transmettre un savoir, mais aussi de donner aux jeunes les meilleures chances de devenir des adultes autonomes, critiques et responsables, il sème pour que d'autres récoltent, en visant un mûrissement lent et solide.

Je terminerai par une image qui me semble bien

illustrer cette approche préventive inscrite dans un cadre de promotion de la santé : « Si une famille habite une maison au bord de l'océan, pour éviter qu'ils ne se noient, ne vaut-il pas mieux apprendre à ses enfants à nager plutôt que bâtir un mur autour de cette maison ? »

Henri Patrick Ceusters, Psychologue, Consultant-formateur à Prospective Jeunesse, Rédacteur en chef des *Cahiers de Prospective Jeunesse*.

Ce texte reprend l'intervention de l'auteur lors du colloque 'Jeunes et alcool', qui s'est tenu à Louvain-la-Neuve le 18 mai 2004. Il apparaît aussi dans les actes du colloque, disponibles à Univers Santé.

Adresse de l'auteur : Prospective Jeunesse, rue Mercelis 27, 1050 Bruxelles.

Internet : www.prospective-jeunesse.be

A votre santé

Le 16 novembre dernier, l'asbl Question Santé organisait une journée de réflexion consacrée à l'alcool, en collaboration avec l'asbl Infor-Drogues et avec le soutien de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale.

Des intervenants du champ de la santé s'interrogent sur le relatif désintérêt actuel vis-à-vis de l'alcool dans les politiques de santé publique. Cette attitude apparaît particulièrement contrastée quand on observe la situation qui prévaut en matière de tabac ou de drogues illégales...

Une question se pose dès lors : entre désintérêt et chasse aux sorcières, un cadre raisonnable peut-il être construit pour des interventions concernant la prévention de l'alcoolisme ?

Depuis longtemps, Question Santé, qui ne veut pas faire mentir son nom, nous invite à interroger nos doutes plutôt qu'à conforter nos certitudes. C'est parfois un rien déstabilisant pour des intervenants à la recherche de repères, voire de 'recettes', mais c'est aussi très stimulant intellectuellement. Sur une question aussi complexe que celle de l'alcool dans une société 'consommatrice' comme la nôtre, il n'y avait guère de risque d'échapper au schéma habituel!

Trois conférenciers ont contribué à alimenter un riche débat.

Le **D^r Michel Craplet**, psychiatre et alcoologue, membre du groupe Eurocare (www.eurocare.org) aborda la prévention globale de l'alcoolisme au départ de sa très longue expérience en

France, des 'Centres d'hygiène alimentaire' dans les années septante (euphémisme pour désigner des organismes d'assistance aux personnes confrontées à un problème d'alcoolisme, mais qui témoignait aussi de l'inscription profonde de l'alcool dans le régime alimentaire français de l'époque) aux récents avatars de la loi Evin vidée en partie de sa substance sur pression du lobby du vin.

Il nous a dit que l'action ciblée, l'information individuelle ne doivent pas nous dédouaner de l'action communautaire, que l'ensemble de la population est concerné, et qu'une approche intelligente du problème comprend des mesures de contrôle, d'information du grand public, d'éducation pour la santé individuelle, de formation de personnes relais, de régulation des messages publicitaires, etc. La prévention globale refuse les modèles psychopathologiques simplistes et se garde du "fantasme de toute-puissance dans la maîtrise et le contrôle des comportements à risque".

De manière peut-être anecdotique mais tout aussi passionnante, il nous a rappelé l'importance considérable du thème de l'alcool dans notre culture, en s'appuyant sur Proust, dont l'œuvre n'est pas faite que de 'madeleines', et sur Hergé : saviez-vous que 7% des cases de l'intégrale 'Tintin' font allusion à l'alcool ? Enorme! Il termina sur une jolie formule : 'Il nous faut enlever quelques feuilles de vignes qui cachent les problèmes, mais nous défendre de l'illusion qu'on pourra déraciner les pieds de vigne'.

M. Jean-Pierre Castelain, anthropologue, s'est intéressé aux "manières de boire" chez les dockers du Havre voici une quinzaine d'années. A partir de ce travail d'enquête, on peut voir que la notion d'alcoolisme n'a pas le même contenu pour tous et qu'il faudrait faire l'histoire du mot et de son usage. Une chose est claire, dit M. Castelain, tout discours de prévention extérieur au milieu est ignoré, incompris, refusé ou détourné, car il fait l'impasse sur la question préalable de la fonction de l'alcoolisation.

Il nous a bien montré qu'une alcoolisation massive n'était pas vécue comme maladie, mais comme une forme de langage, de rite de groupe, indissociable du mode d'organisation et de rétribution du travail pendant des décennies. Il nous a ainsi expliqué le système de la 'pipe', une tournante qui permettait à une partie d'une équipe de boire et se reposer, pendant que les autres vidaient les bateaux, à charge de revanche.

L'arrivée des conteneurs et d'une plus grande complexité de manipulation des charges a profondément transformé le travail, mais a aussi sonné le glas d'un tissu social et d'un habitat spécifique et convivial, plongeant les consommateurs dans l'isolement et une précarité renforcée.

Enfin, **M. Claude Macquet**, sociologue spécialiste des questions de contrôle social, constate, en étudiant notre monde postmoderne, qu'une société libérale est loin d'être une société vertueuse. Comme dans le domaine

des 'fous du volants' de la sécurité routière, la consommation alcoolique jugée excessive d'une minorité est considérée comme un problème pour tous. Le pluralisme postmoderne se caractérise, non plus par la discipline imposée ou librement consentie, mais bien par l'obsession de la surveillance, l'"autre" représentant un risque qu'il importe de bien gérer,

au besoin en l'excluant sans devoir recourir à des formes dures de répression. Un monde d'aujourd'hui dont il déplore qu'il se caractérise par une perte de fraternité, de solidarité. Certains participants à la journée d'études ont cru percevoir dans ses propos comme une nostalgie d'un temps où la société et ses figures d'autorité encadraient la maturation indivi-

duelle et sociale de balises fortes, avant la 'tempête' de la fin des années soixante. Nostalgie, quand tu nous tiens...

Christian De Bock

Bruxelles-Santé publiera prochainement les textes de cette journée fort intéressante.

STRATÉGIE

Une évaluation de la mise en œuvre du décret de promotion de la santé à l'école (PSE)

Une évaluation portant sur plusieurs axes

Le décret relatif à la promotion de la santé à l'école du 20/12/2001 réforme les missions et pratiques des services de santé scolaire, appelés dorénavant "Services de promotion de la santé à l'école" (PSE). La visée de cette législation est notamment d'inscrire la promotion de la santé au sein des écoles et d'amener les services PSE à développer ou renforcer des prestations conformes à cette approche de la santé.

L'institution de ces changements a été notamment réalisée via des formations et des conférences-débats à destination du personnel des équipes PSE et des centres psycho-médico-sociaux (PMS) de l'enseignement organisé par la Communauté française.

Dans le cadre de ce processus, le Cabinet de la Ministre **Maréchal** a demandé à chaque Service communautaire de promotion de la santé (SCPS) de réaliser des propositions d'évaluation de la mise en œuvre du décret. Il souhaitait disposer rapidement d'informations permettant de moduler et réorienter les conditions de mise en place du nouveau décret. Ces propositions sont coordonnées au sein d'un groupe de travail composé des SCPS et du Cabinet. La Croix-Rouge, organisatrice des formations, a participé aux travaux chaque fois que l'évaluation de celles-ci était à l'ordre du jour.

Le Cabinet a défini 5 axes prioritaires à propos desquels il souhaitait obtenir des informations :

- médical (bilan, suivi, prophylaxie, tuberculose, vaccination, recueil de données...).
- L'examen des rapports d'activités des équipes entre dans cet axe.
- promotion éducation santé (formation, évolution des pratiques, gestion de projets, projet-santé...).
- administratif (agrément, subventionnement, forfait social, simplification, informatisation...).

Cet axe s'appuie essentiellement sur les rapports d'activités des équipes.

- organisationnel (travail d'équipe, gestion d'équipe, coordination).
- institutionnel (PMS/PSE, partenariats).

Un premier bilan de la mise en œuvre du décret

L'enquête présentée ci-après s'intègre donc dans une procédure plus vaste d'évaluation du décret PSE qui s'est notamment centrée, au cours de l'année 2003, sur l'évaluation des formations à destination du personnel des équipes PSE et centres PMS.

Les enquêtes réalisées par les SCPS durant le premier semestre 2004 visaient quant à elles à faire un premier bilan de la mise en œuvre du décret au niveau des équipes PSE.

Il s'agit d'un bilan provisoire dans la mesure où les modifications de type organisationnel et institutionnel, le développement de projets d'équipe et de partenariats effectifs avec les établissements s'inscrivent dans une évolution à long terme des pratiques de promotion de la santé dans le milieu scolaire.

Les résultats présentés ici ne concernent pas les Centres PMS de l'enseignement organisé par la Communauté française, dont les données sont encore en cours d'analyse.

Par ailleurs, cette enquête s'inscrit en complémentarité avec d'autres données recueillies en 2004, parmi lesquelles les entretiens de groupe réalisés par le Centre de dynamique des groupes et d'analyse institutionnelle de l'Université de Liège (CDGAI) et les questionnaires écrits auto-administrés distribués dans le cadre du dernier module des formations.

Méthode et description de l'échantillon

Pour estimer la mise en œuvre de cette réforme, les SCPS ont proposé de faire porter l'évalua-

tion à la fois sur le processus en cours et sur l'impact auprès du personnel et des services concernés.

Des questionnaires auto-administrés ont été adressés aux membres des centres et services (questionnaire A) et aux responsables de ceux-ci (questionnaire B). Cette enquête portait sur :

- (A) les facteurs favorisant, les barrières et les éléments susceptibles d'améliorer l'application du décret PSE (SIPES, ULB-PROMES);
- (A) les changements de pratiques et l'évolution des représentations du rôle et de l'identité professionnelle (UCL-RESO);
- (A) le vécu d'empowerment professionnel (APES-ULg);
- (B) les procédures de concertation internes et externes mises en place par les centres et services (Question Santé).

L'enquête auprès des personnels (questionnaire A) a permis de récolter les avis de 380 personnes sur les 519 pressenties. Elle a donc obtenu un très bon taux de réponse (71 %) réparti entre 35 % de médecins et 65 % d'infirmières.

Il est à remarquer que 46 % des répondants ont plus de 15 ans d'expérience, que les répondants se répartissent entre 52 % qui n'ont pas suivi la formation (ou qui ont suivi moins de la moitié de celle-ci) et 48 % qui ont suivi la formation (en totalité ou au moins la moitié des séances). Ceci a permis une analyse des corrélations entre certains résultats et d'autres variables telles que l'ancienneté et la participation à la formation.

Cinquante-huit responsables de structures sur les 99 contactés ont répondu au questionnaire B.

L'enquête auprès des responsables de structures connaît une sur-représentation des services bruxellois. Les deux enquêtes connaissent une sous-représentation de la province du Luxembourg.

Synthèse des résultats

Modifications apportées par le décret dans les pratiques des services et des personnes concernées

Septante-deux pour cent des répondants déclarent que le décret a apporté des modifications dans leurs pratiques; ces modifications concernent les activités, l'organisation du service PSE ou le vécu professionnel. Les 28 % restants sont essentiellement des personnes qui estiment avoir appliqué les principes du décret avant qu'il soit promulgué ou des personnes qui n'ont pas travaillé dans le cadre organisationnel précédent.

Du côté des activités, les changements de pratiques les plus couramment évoqués concernent

une présence accrue dans les écoles, la vision globale de la santé, la communication avec le personnel scolaire (enseignants et directeurs) et, dans une moindre mesure, le développement de projets santé dans les écoles. [Tableau 1]

L'enquête auprès des responsables de structure montre que les 56 services répondants ont totalisé 202 initiatives vers les écoles. Il s'agit le plus souvent (entre 55 et 75 % selon les cas) d'envoi d'un courrier, de contacts informels avec la direction, de réunions avec la direction et/ou les enseignants. Pointons les initiatives de communication vers les parents : 66 % des services ont envoyé un document explicatif sur le décret; 5 % ont organisé une réunion avec les

parents; 37,5 % ont communiqué au Conseil de participation. [Tableau 2]

Presque 30 % des responsables de structure déclarent avoir établi des « projets santé » en concertation. Par ailleurs, seulement 8 à 10 % des professionnels déclarent que leur modification de pratiques porte sur la mise en œuvre de projets santé. Pour comprendre cette différence, il faut tenir compte de ce que plusieurs personnes de chaque centre ont répondu que pour elles « établir un projet » ne recouvre pas la même réalité que « mettre en œuvre celui-ci » et que certaines personnes déclaraient adopter déjà ces pratiques avant le décret.

En ce qui concerne la concertation avec les PMS, 78 % des services répondants font mention de

Tableau 1 : Fréquence de citation des changements, par profession, en %

Changements	Fréquence (%)	Fréquence (%)
	de citation par les médecins (n=98)	de citation par les infirmières (n=150)
Une présence accrue dans les écoles (plus de contacts, visite des écoles)	35	27
Une communication accrue avec les enseignants et les directeurs	22	15
Une charge de travail accrue	11	12
La mise en place d'activités de promotion de la santé, l'élaboration de "projets santé"	10	8
Une vision plus globale de la santé	10	7
Un travail d'équipe accru (collaboration, concertation entre médecins et infirmières)	10	5
Un partenariat avec le PMS augmenté	9	16
Davantage de stress	8	9
Plus de tâches administratives	6	16

Tableau 2 : Initiatives vers les écoles (n=56)

Initiatives	Fréquence de citation	%
Contact oral informel avec la Direction	41	73,2 %
Diffusion d'un document explicatif aux parents	37	66,0 %
Courrier à la Direction	32	57,1 %
Réunion(s) d'information avec la Direction et le personnel	32	57,1 %
Diffusion d'un document explicatif à la Direction et aux enseignants	25	44,6 %
Communication au Conseil de participation	21	37,5 %
Initiative(s) en projet, vu le stade actuel de mise en place du Décret	11	19,6 %
Autres initiatives*	11	19,6 %
Réunion(s) d'information pour les parents	3	5,3 %
Aucune initiative	1	1,7 %

* Document remis aux parents, contact avec les Directions et le pouvoir organisateur, participation à des journées pédagogiques, contact avec un Echevin, visite systématique des écoles.

Tableau 3 : Modalité(s) de partenariat PSE-PMS (n=55)

Partenariats	Fréquence de citation	%
Réunions de concertation régulières	43	78,2 %
Contacts informels à propos d'un élève	41	74,5 %
Etablissement en concertation de projets de santé dans des écoles	16	29,1 %
Autre mode ou type de collaboration*	14	25,4 %
Signature d'une convention générale de collaboration	4	7,2 %
Pas de partenariat au stade actuel de mise en place du Décret	1	1,8 %

* Par exemple proposition de partenariat, feuille de liaison et de transmission aux élèves, contrat de collaboration (cf. ancien décret)...

réunions régulières, et 29 % de collaboration dans le cadre de projets santé. Enfin notons que 84 % de centres évoquent d'autres partenariats que les écoles et les PMS. [Tableau 3]

Parmi les **changements positifs** dans l'organisation des services, les médecins relèvent plus que les infirmières les **bénéfices du travail en équipe**. Ceci converge avec les résultats des échelles de vécu d'empowerment qui manifestent une progression plus importante des médecins sur la dimension « perception positive du travail d'équipe ». [Figure 1]

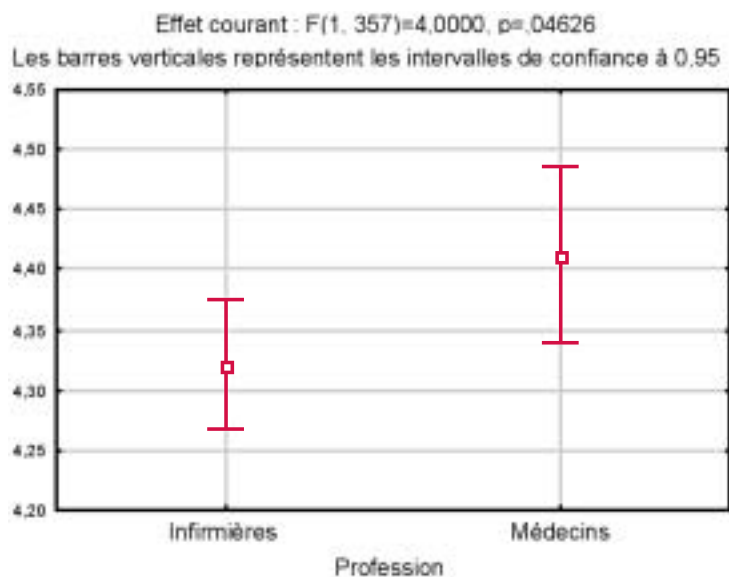


Figure 1 : Effet de la profession sur la dimension « perception positive des relations d'équipe »

Quelques autres différences significatives sont enregistrées par les échelles de mesure de l'empowerment professionnel : un plus grand sentiment d'autonomie et de contrôle sur son travail chez les infirmières que chez les médecins ainsi que chez les répondants qui ont moins de 5 ans d'ancienneté ; un score de développement des compétences plus élevé chez les médecins que chez les infirmières.

Du côté de la mise en place des **concertations internes**, on relève la présence d'un coordinateur dans 59 % des cas ; ce pourcentage est majoré de 10 si on prend en compte les coordinateurs « officieux ». Un tiers des services organisent au moins une réunion de coordination par mois.

Parmi les **changements négatifs** dans l'organisation du service et dans le vécu professionnel, on relève surtout la **charge de travail** et le stress. Ceci converge avec les résultats de l'exploration des facteurs facilitants ou des obstacles à l'application du décret, où le manque de temps, le manque de personnel et le manque de ressources sont les trois obstacles et les trois enjeux les plus fréquemment cités.

Analyse des facteurs facilitants et des obstacles à l'application du décret

La moitié des répondants se sent à mi-chemin de l'application du décret et un répondant sur cinq exprime, dès à présent, le sentiment d'être prêt en ce domaine.

Au-delà de ce positionnement, les obstacles évoqués par les intervenants concernent d'abord les déficits de ressources humaines, temporelles et financières au sein des équipes et, ensuite, les difficultés liées à l'attitude des autres acteurs scolaires envers le décret. [Figure 2]

de l'accès aux ressources pour appliquer ces missions.

Derrière les vocables « manque de temps » et « manque de personnel », les intervenants évoquent surtout la surcharge de travail qui se trouve habituellement associée à la quantité et la diversité des missions, à la mise en place de nouvelles pratiques et missions, à l'augmentation des tâches administratives, à l'importance du nombre de bénéficiaires de ces missions. Ce sont surtout les nouvelles missions qui sont ressenties comme un travail supplémentaire sans laps de temps supplémentaire, sans personnel pour le réaliser.

Parmi les solutions prioritaires, les intervenants privilégient l'augmentation des moyens sur l'allègement de la charge de travail et ne remettent pas ou peu en question les nouvelles missions, à l'égard desquelles ils expriment bien souvent un avis enthousiaste et positif.

Bien que le caractère innovant, obligatoire et légal du décret soit perçu globalement positivement, la gestion politique de la mise en place du décret est invoquée par certains comme une limite à une bonne application de celui-ci. C'est notamment le caractère imprécis et asynchrone de certaines directives qui est impliqué ici, ainsi que des problèmes d'adéquation avec la réalité de terrain.

L'accès aux ressources en promotion santé est aussi cité par une partie des intervenants comme un facteur contrariant ou facilitant la mise en place du décret. Ils expriment habituellement la nécessité d'avoir un accès aux données et informations disponibles en promotion santé, de bénéficier d'une aide méthodologique (humaine ou technique), de disposer d'outils d'animation et d'une assistance logistique.

Dans l'accès aux ressources disponibles au sein des équipes, la participation à la formation est ressentie comme un facilitateur pour la mise en pratique des réformes. Les intervenants considèrent qu'un accompagnement organisé au niveau des équipes serait plus pertinent.

Pour la majorité des acteurs PSE, le frein principal à la mise en pratique du décret provient donc de **l'inadéquation entre les moyens disponibles et les missions confiées**. Cette discordance s'exprime principalement au niveau du manque de temps, ensuite au niveau du déficit de personnel et de la carence en matière financière et, dans une moindre mesure, sur le plan

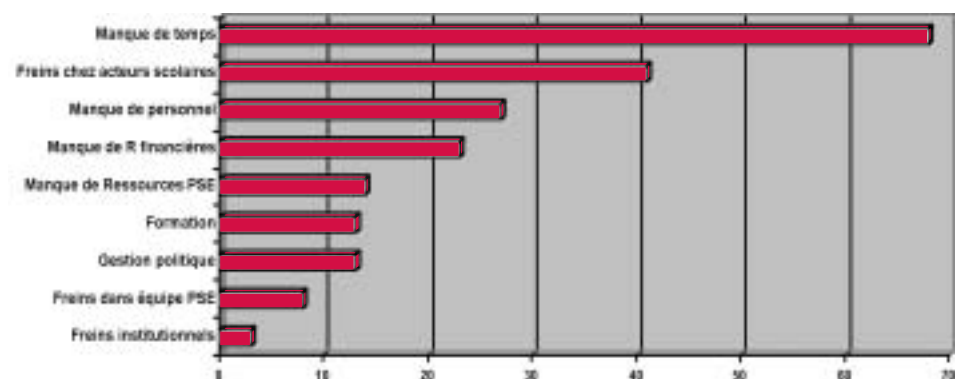


Figure 2 : Principaux obstacles invoqués par les intervenants PSE qui empêchent d'appliquer le décret PSE, en % (n = 380)

Les autres acteurs scolaires sont également considérés comme jouant un rôle clé dans l'application du décret. Sur le plan des freins, le personnel des équipes PSE évoque entre autres :

- les caractéristiques personnelles telles que le désintérêt et la démotivation du corps scolaire;
- la perception de la PSE comme une charge supplémentaire pas nécessairement prioritaire;
- la méconnaissance du décret par les écoles;
- l'adaptation des écoles au changement insufflé par le décret sur le plan notamment du nouveau rôle des équipes PSE.

Néanmoins, les acteurs scolaires sont ressentis, dans un quart des cas, comme de précieux facilitateurs. On invoque alors des prédispositions personnelles favorables à l'approche promotion santé ainsi que l'existence de collaborations antérieures au décret entre les équipes PSE et les autres acteurs scolaires.

Les enjeux prioritaires dégagés par les répondants pour cette collaboration PSE-écoles sont :

- un travail d'information et de sensibilisation auprès des acteurs scolaires sur les missions PSE ou les obligations qui leur incombent en ce domaine;
- une définition claire des rôles de chacun des acteurs scolaires pour aider les équipes PSE à trouver leur place dans l'univers des acteurs scolaires.

Éléments d'impact des formations organisées au cours des deux dernières années

Ces éléments d'impact ont pu être dégagés grâce à la comparaison des réponses des 178 personnes ayant participé à au moins la moitié des modules de formation avec les 189 n'ayant pas (ou très peu) participé à ceux-ci.

La dimension « développement des compétences » de l'échelle de vécu d'empowerment est significativement plus élevée chez les participants à la formation. Les participants à la formation sont significativement plus nombreux parmi ceux qui se sentent plutôt prêts à appliquer le décret. [Figure 3]

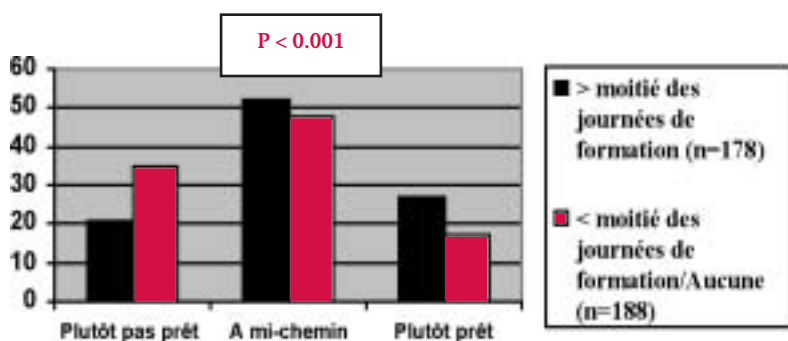


Figure 3 : Estimation du chemin accompli pour se sentir prêt à mettre en pratique le décret PSE par rapport à la participation aux formations organisées par la Croix-Rouge

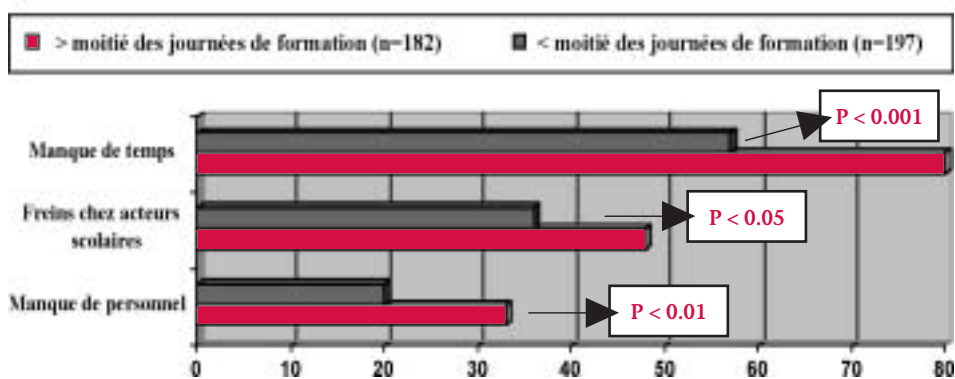


Figure 4 : Obstacles significativement différents, selon la participation à la formation, en %

Toutefois, ce sont aussi les participants à la formation qui mentionnent plus souvent le manque de temps, le manque de personnel et les freins issus des acteurs scolaires comme des obstacles à l'application du décret. [Figure 4] De même, ce sont les acteurs ayant participé à la formation qui réclament le plus une augmentation des moyens en termes de temps et de personnel. Très logiquement, on retrouve parmi les participants à la formation plus de personnes qui considèrent la formation comme un facteur favorisant la mise en place du décret.

Conclusions générales et recommandations

Cette enquête a mis au jour des éléments favorables à l'application des nouvelles missions prévues par le décret.

Du côté des attitudes, on relèvera la conviction de l'intérêt des nouvelles missions, une plus grande place donnée au concept de santé globale; la présence plus importante, chez les personnes ayant suivi des formations, du sentiment de pouvoir augmenter leurs compétences et d'être prêtes pour de nouvelles missions.

Du côté des pratiques, on mentionnera l'augmentation des contacts avec les écoles, des processus de concertation en interne, et de concertation avec les PMS, une plus grande

implication des médecins dans la promotion de la santé et le fonctionnement d'équipe.

Néanmoins, les tendances dégagées par cette enquête ne touchent pas l'entièreté des équipes PSE. Pour certains intervenants, les pratiques actuelles préexistaient alors que, pour d'autres, la réforme en elle-même n'est pas nécessairement convaincante. A ce sujet, en l'absence d'une enquête visant à caractériser les non-répondants, il se peut évidemment que les résultats constatés diffèrent quelque peu de la réalité des équipes. Rappelons en outre que les centres PMS de la Communauté française ne sont pas, à cette date, inclus dans ces résultats.

Du côté des recommandations, on pointera la nécessité d'accorder une attention aux plaintes portant sur la charge de travail, le manque de ressources humaines et matérielles, surtout venant de personnes qui sont sensibilisées aux contenus des nouvelles missions. A cet égard, il importe que la gestion politique et administrative de l'implantation de ce décret accorde une plus grande place à l'écoute des réalités quotidiennes vécues par les équipes et les aide à définir des priorités entre activités. On mentionnera aussi la demande récurrente exprimée par les équipes de bénéficier de soutiens méthodologiques, de formations en équipe, et de réseaux d'échanges.

Enfin, il semble qu'il y ait aussi urgence à s'intéresser à la mise en place de préalables à l'installation de « projets santé » dans les écoles : information des acteurs scolaires sur la promotion de la santé, sur le décret PSE, sur les services PSE; définition et répartition des rôles en matière de projet de santé entre acteurs scolaires et équipes PSE.

Chantal Vandoorne, Sophie Grignard pour APES-ULg, Patrick Trefois, Alain Cherbonnier pour Question Santé, Danielle Piette, Damien Favresse, Juan Protto pour SIPES, ULB-PROMES, Alain Deccache, Florence Renard, Joëlle Berrewaerts pour UCL-RESO

Naissance d'une plate-forme

Un dispositif de concertation attaché au suivi des services PSE

Contexte : dans le sillage du décret PSE

Au terme des deux années de transition et de formation prévues par le décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école, une évaluation par les Services Communautaires de Promotion de la santé (SCPS) de l'implantation de la nouvelle législation dans les services de promotion de la santé à l'école (PSE) et un audit ont été réalisés. Ils mettaient en lumière une demande forte des services PSE de pouvoir bénéficier d'un accompagnement personnalisé répondant à leurs besoins spécifiques dans la mise en œuvre de leur nouvelle mission de promotion de la santé à l'école.

Cette fonction récemment attribuée aux services PSE doit se traduire concrètement dans la réalisation de programmes de promotion de la santé et de promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé articulant les projets-santé développés dans les établissements scolaires (Décret du 21.12.2001 – MB 17.01.2002 art.2 1°, art.5).

Pour satisfaire cette demande, l'unité PROMES de l'Ecole de Santé Publique de l'ULB s'est vue confier la coordination du suivi et de l'accompagnement des services PSE dans la mise en œuvre des projets-santé au sein des établissements scolaires. Les lignes qui suivent présentent les objectifs poursuivis et le dispositif mis en place pour y parvenir.

Objectifs : concerter, partager, renforcer

L'objectif premier de la coordination est d'animer l'ensemble du dispositif de concertation mis en place autour de l'accompagnement et du suivi des services PSE par les différents opérateurs. Le but est de partager les expériences, les processus et les outils dans l'élaboration des programmes de promotion de la santé des services PSE et dans l'aide qu'ils doivent consacrer à l'implantation/émergence de projets-santé dans les établissements scolaires.

Il s'agira aussi de proposer un suivi aux services PSE qui le souhaitent et qui ne bénéficient pas du soutien des acteurs présents dans la plate-forme. En effet, différents opérateurs offrent leurs supports aux services PSE, qu'ils aient ou non reçu le soutien financier de la Communauté française pour ce faire. Des zones non couvertes par les programmes d'accompagnement reconnus subsistent donc. Notre unité assurera cette couverture.

Enfin, un dernier objectif est de mettre à la disposition des services et des opérateurs de suivi

des outils validés par le comité scientifique de la plate-forme. Nous pensons par exemple aux productions de la Croix-Rouge réalisées sur base des acquis de l'expérience *Ecole en santé*, aux recommandations de l'évaluation du Réseau européen et à tout autre support méthodologique susceptible de soutenir la réalisation des missions de promotion de la santé des services PSE.

Dispositif : une plate-forme, deux comités, une cellule de coordination

La plate-forme de concertation rassemble actuellement les opérateurs qui offrent un accompagnement effectif soutenu par la Communauté française aux services PSE dans la réalisation de leur mission de promotion de la santé (programmes et projets santé).

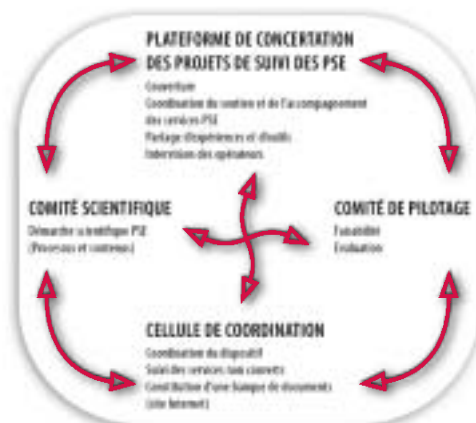
Elle veille

- à organiser la cohérence des interventions de soutien et d'accompagnement des services PSE;
- à assurer l'adéquation (qualité et quantité) du support avec les besoins et demandes des services PSE en matière de promotion de la santé;
- à s'assurer d'une couverture suffisante du support aux services PSE;
- à garantir la qualité de la démarche institutionnelle (projet de promotion de la santé à l'école) et pédagogique (pédagogie de la santé à l'école, éducation pour la santé à l'école);
- à favoriser les échanges de bonnes pratiques, le partage de savoirs, la mise en commun d'expériences, la circulation d'informations.

Elle veut également faciliter la diffusion des données socio-épidémiologiques et d'intervention, des supports en termes d'outils, et favoriser la valorisation des ressources humaines et institutionnelles. A terme, la plate-forme s'élargira à tout opérateur en relation contractuelle ou ponctuelle avec les services PSE.

Le dispositif est assorti de deux comités : l'un pour accorder un caractère scientifique au processus mis en place (comité scientifique) et l'autre pour prendre en compte les leviers et les contraintes au développement des programmes et des projets-santé (comité de pilotage).

Le comité scientifique veillera ainsi à inscrire la démarche de suivi et d'accompagnement des services PSE dans une démarche de promotion de la santé. Cette démarche puise ses racines dans les recommandations de *l'Ecole en santé*. Elle est le fruit des acquis et de l'évaluation de l'expérience pilote du réseau européen des écoles promotrices de la santé dans une quarantaine de pays. Ce comité assure les bases scientifiques des décisions. Il garantit égale-



ment le respect des processus et des contenus de l'école en santé. Ce comité est constitué de services universitaires opérant dans le champ de la promotion de la santé et de la pédagogie et de services « experts ».

Le comité de pilotage porte son attention à la faisabilité du dispositif d'accompagnement et de soutien des services PSE face à différentes contraintes administratives, structurelles, institutionnelles, financières, politiques et pédagogiques intervenant dans la réalisation de la promotion de la santé à l'école. Il appuiera aussi l'évaluation de système en termes de processus et d'impact.

Cette instance réunit des représentants de l'Administration de la Santé et de l'Enseignement, des cabinets ministériels, des associations de parents, des médecins et des infirmières PSE, de l'inspection des centres PMS, des CLPS ainsi que des enseignants actifs au sein des différents niveaux d'enseignement.

Concrètement, les différentes composantes de la plate-forme étudient actuellement l'applicabilité des 12 critères « Ecole en santé » et d'autres critères pouvant servir d'indicateurs de qualité de la promotion de la santé à l'école. Elles participent au recensement des équipes et acteurs dans le suivi des équipes PSE. L'ensemble de ces informations ainsi que des ressources méthodologiques sélectionnées par le comité scientifique alimenteront un site Internet de support à l'accompagnement et au suivi des services PSE.

Geneviève Houioux, Emmanuelle Caspers, Danielle Piette

Cellule de coordination PSE, ULB-Promes,
Route de Lennik 808 CP 596, B 1070 Bruxelles.
Tél. 02 555 40 81. Fax 02 555 40 49.
Courriel : genevieve.houioux@ulb.ac.be

Santé des jeunes d'âge scolaire

(3) Le tabac en légère perte de vitesse

Parmi les relatives bonnes nouvelles données par l'enquête auprès des jeunes en âge scolaire, il en est une qui surprend : la consommation de tabac tend à diminuer, globalement, chez les jeunes depuis 1998. Peu, mais c'est un mouvement que l'on espère voir continuer. Luk Joossens, spécialiste en tabacologie auprès de la Fédération contre le Cancer, nous explique ces tendances.

La place laissée à la consommation de tabac chez les jeunes est relativement maigre dans cette enquête, par rapport à d'autres thèmes. Pourtant, le tabagisme constitue un véritable fléau. Néanmoins, il est devenu un objet de préoccupation des autorités, comme on l'a vu récemment avec le plan de lutte contre le tabagisme du ministre fédéral de la Santé, **Rudy Demotte**, et les mesures prises pour décourager la consommation de tabac. Par exemple, l'impression sur les paquets de cigarettes d'images des ravages de la cigarette, dont certaines sont particulièrement choquantes¹. Pour ce qui concerne tout particulièrement les jeunes, les tendances en matière de consommation de tabac nous montrent globalement une diminution entre la fin des années 80 et les années 90, puis une progression vertigineuse tout particulièrement entre les enquêtes menées entre 1992 et 1998. Après cette période, le nombre de jeunes fumeurs a diminué, lentement mais sûrement.

« L'une des explications pourrait être trouvée dans la publicité. Les jeunes y sont particulièrement sensibles et dans les années 90, il n'y avait aucune restriction drastique de publicité pour la cigarette. Elle était donc omniprésente et constamment associée, notamment dans les concerts et festivals de musique pour les jeunes, à la convivialité. Depuis l'interdiction de publicité en 1998, on note une diminution. Ce n'est certainement pas un hasard, même si d'autres facteurs peuvent être intervenus », explique Luk Joossens.

En Belgique comme ailleurs

La baisse de consommation n'est pas propre à notre pays : « Cette tendance a été observée dans une grande partie de l'Europe, aussi bien dans le Nord que dans le Sud. Mais notre pays se distingue par le fait que filles et garçons fument tout autant, alors que dans la plupart des pays européens, le nombre de fumeuses a déjà dépassé celui des fumeurs... »

Un autre élément que confirme la dernière

grande campagne de l'OMS, lors de la Journée mondiale contre le tabac, est l'inégalité socio-économique entre fumeurs et non-fumeurs : « Ces chiffres démontrent que les jeunes de l'enseignement professionnel et technique fument à peu près deux fois plus que les jeunes de l'enseignement général. Cela montre l'inégalité sociale sur laquelle repose le tabagisme. Les jeunes moins favorisés ont bien souvent des parents fumeurs, et ils s'identifient à eux ; le phénomène de groupe joue aussi davantage chez les moins favorisés qui vont s'identifier à d'autres amis fumeurs, plus nombreux dans cette classe socio-économique. On constate aussi que les écoles techniques et professionnelles sont moins souvent 'non-fumeurs' que les écoles de l'enseignement général. Et puis, il y a un manque d'intérêt pour la sensibilisation aux questions de santé, les jeunes moins favorisés étant davantage sensibles à leur image extérieure, à des gadgets, à l'apparence. »

Des jeunes influencés par une image qui a prédominé dans la publicité durant des décennies, montrant les fumeurs comme des personnes indépendantes, libres (tout ce qu'elles ne sont pas par rapport à la cigarette!) et heureuses. L'inégalité sociale est alimentée par le tabagisme : ce sont les populations moins favorisées qui sont les plus touchées par le tabac, mais surtout par ses ravages en termes de santé publique, et de frais de soins de santé qu'elles peuvent plus difficilement assumer...

Un combat difficile

Pour lutter efficacement contre le tabagisme chez les jeunes, il faut développer une série de mesures conjointes qui vont se renforcer les unes les autres. Ceci démontre bien la difficulté de toucher ces jeunes qui sont bien souvent insensibles à un message disant de préserver sa santé. « Ils n'ont pas conscience du danger. Ils vivent dans l'immédiat et la satisfaction instantanée, ils sont influencés par la mode. Le sentiment de danger n'est pas perçu puisqu'ils ne se rendent pas toujours compte que le tabagisme peut être à l'origine d'une maladie mortelle. Et même si le danger est bien connu, il leur semble bien lointain, ne les touchant que quand ils seront vieux (c'est-à-dire à 40 ans!). » Et la phrase 'il faut bien mourir de quelque chose' est très souvent entendue dans leur bouche.

C'est pourquoi la décision du ministre Demotte de faire imprimer des images sur les ravages du tabac sur la santé risque de ne pas avoir un impact important sur ces jeunes. « Néanmoins cette mesure est bonne, car outre le fait que ces

photos peuvent tout de même avoir un effet sur une petite partie des jeunes, elle peut influencer les parents fumeurs à arrêter de fumer. On sait que des parents qui ne fument pas auront moins de risques de voir leurs enfants fumer. Tout comme des parents qui arrêtent de fumer stimulent souvent leurs enfants fumeurs à faire de même. » Même si l'adolescence est un âge où l'on prétend se démarquer de ses parents...

Tentation de l'interdit, rejet et identification aux parents, danger mortel de la cigarette versus insouciance et envie de défi : toutes ces contradictions rendent le travail de prévention et de sensibilisation vers les jeunes très complexe. Les fabricants de cigarettes l'avaient bien compris en lançant le slogan 'Fumer est un acte adulte et responsable' qui, au lieu de décourager les jeunes à fumer les incitait au contraire à essayer...

Par ailleurs, Luk Joossens insiste sur la nécessité de travailler simultanément sur différents terrains : « Il faut parallèlement mener des actions permanentes d'information et de sensibilisation, notamment dans les écoles. Une autre mesure très efficace auprès des jeunes est l'augmentation drastique du prix des paquets de cigarettes : la consommation diminue à partir d'une hausse de quelque 45 cents ; en-dessous, cela ne fait que remplir les caisses de l'Etat... Enfin, il faut élargir l'interdiction de fumer dans les lieux publics et de travail, ou à l'école, mesure qui incite aussi à arrêter de fumer. »

Certaines de ces mesures ne visent pas spécifiquement les jeunes, car selon Luk Joossens, des actions spécifiques vers les jeunes seules ne mènent pas à grand chose. Raison pour laquelle il insiste davantage sur le rôle de l'entourage immédiat des jeunes que sur celui de l'école, en termes de prévention, contrairement à certaines conclusions de l'enquête. Mais surtout il insiste sur le fait que les actions d'information et de sensibilisation isolées sont inutiles.

Carine Maillard

Référence : D. Piette, F. Parent, Y. Coppieters, D. Favresse, C. Bazelmans, L. Kohn, P. de Smet, *La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire. Quoi de neuf depuis 1994 ?*, ULB PROMES, décembre 2003. Le document est accessible sur le site www.ulb.ac.be/esp/promes

¹ Voir notre numéro précédent.

www.vacc.info : tout sur la vaccination

Sur les traces génialement tracées par Jenner en 1796 et Pasteur un siècle plus tard, la vaccination n'a cessé de progresser pour devenir l'une des mesures de prévention les plus efficaces dans l'histoire de la médecine. Depuis le premier vaccin humain contre la rage, les découvertes se sont multipliées et de nouveaux vaccins apparaissent régulièrement. Aujourd'hui, sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), chaque pays développe son propre programme de vaccination, en fonction des besoins d'immunisation de sa population. Qu'en est-il en Communauté française de Belgique ? Comment démêler l'écheveau des multiples vaccinations possibles, conseillées ou recommandées chez nous ? C'est le pari que vous lance le nouveau site www.vacc.info.

Réalisé par l'asbl Question Santé avec le soutien de la Direction générale de la santé du Ministère de la Communauté française, www.vacc.info se veut accessible à tous, pratique, complet, interactif, actuel et actualisé. Le site permet d'effectuer des recherches par âge, par vaccin, ou par maladie.

En visitant le chapitre « *Les vaccinations recommandées à tous* », vous connaîtrez les vaccins qui vous sont recommandés selon votre âge ou celui de votre enfant (vaccinations du nourris-

son, de l'enfant de 5-6 ans, de l'enfant de 11-12 ans, de l'adolescent, de l'adulte de moins de 60 ans et de l'adulte de 60 ans et plus). Pour les plus pressés, ces informations sont résumées par ailleurs dans le calendrier vaccinal officiel. Quant aux parents, ils trouveront également dans ce chapitre, tout « *ce qu'il faut savoir* » sur le carnet de vaccination de leur chérubin, ainsi que les modalités pratiques pour l'obtenir et surtout le mettre en ordre.

Certains vaccins sont conseillés aux voyageurs et à certains travailleurs (comme le personnel soignant par exemple) particulièrement exposés à certains virus ou bactéries. C'est l'objet du chapitre « *Les vaccinations conseillées à certains* ».

Le chapitre portant sur « *Les maladies évitables* » par la vaccination présente sous forme de tableau la réponse succincte aux principales questions que nous pouvons nous poser : qu'est-ce qui cause la maladie ? Est-elle contagieuse ? Quels en sont les symptômes et les complications éventuelles ? Comment la traiter ? Comment la prévenir ?

Enfin, ceux qui souhaitent se documenter plus encore auprès d'organismes compétents en matière de vaccination trouveront une liste d'adresses et de liens utiles.

Et pour les curieux ou les sceptiques, le chapitre « *En savoir plus sur la vaccination* » aborde l'histoire et les principes de la vaccination, la sécurité des vaccins, ainsi que la politique de vaccination à l'échelle communautaire, nationale et internationale.

Le chapitre « *Questions-Réponses* » propose une liste des questions les plus fréquentes et vous offre la possibilité de faire part aux promoteurs du site de vos propres questionnements par courrier électronique (questions@vacc.info), pour autant, bien entendu, qu'il s'agisse de questions d'intérêt général...

Une rubrique « *Actu* » présente des brèves ainsi qu'une série de dossiers sur des sujets plus spécifiques. Les premiers dossiers abordent la vaccination des personnes de plus de 60 ans et la vaccination contre la varicelle.

La vaccination étant un domaine en constante évolution, le site sera mis à jour régulièrement afin de vous proposer une information correcte et conforme aux recommandations officielles.

Contact : Myriam Marchand,
Question Santé asbl, tél.: 02 512 41 74,
courriel : question.sante@skynet.be

D'après le communiqué de presse de Question Santé.

Encore combien de fois dormir ?

Dans le cadre de la série sur les relations enfants-parents, le Centre Vidéo de Bruxelles a réalisé un sixième vidéogramme sur le thème des rythmes de l'enfant, en co-production avec le Fraje, Question Santé, Respect, l'Agence Alter et la Ligue des familles.

Les enfants, jusqu'à un âge avancé, n'ont que peu de notion du temps et ne peuvent que tardivement en parler de manière explicite. Pourtant, ils perçoivent les différents rythmes auxquels ils sont soumis. Pour que l'intégration psychique des sensations perçues puisse se faire, il est indispensable de donner un espace-temps "libre" aux enfants.

C'est cette question fondamentale que les réalisateurs de ce programme ont tenté d'éclaircir tant avec des parents qu'avec les personnes qui les entourent.

La vidéo vise, en premier lieu, une approche positive et respectueuse de l'enfant, de son développement global, de ses relations avec le monde environnant. Il ne s'agit pas de donner

des éléments de savoir-faire dans l'éducation de l'enfant mais bien d'ouvrir un débat autour de la "bienveillance".

Le film s'articule principalement autour d'entretiens réalisés par **Monique Meyfroet**, psychologue, avec des enfants et leurs proches. Il permet aux enfants d'exprimer leurs besoins, leurs points de vue, leurs impressions, leurs émotions, d'élaborer leurs vécus à travers leurs propres analyses des changements de rythmes subis ou désirés et les ruptures que ces derniers induisent ou non. Des illustrations de la vie quotidienne complètent ces informations.

"*Encore combien de fois dormir ?*", un documentaire de Jacques Borzykowski et Monique Meyfroet, d'une durée de 80', disponible en VHS ou DVD (vente ou location).

Contact : Centre vidéo de Bruxelles,
Claudine Van O, rue de la Poste 111,
1030 Bruxelles. Tél.: 02 221 10 62.
Fax : 02 221 10 51.
Courriel : claudine.vano@cvb-videp.be

Les professionnels de la santé mentale, et particulièrement ceux qui travaillent dans le champ de la petite enfance, s'accordent à penser que la prévention primaire est un objectif fondamental. Celle-ci vise à la sensibilisation des parents, aux besoins de l'enfant et à la construction de relations épanouissantes et harmonieuses entre tous les membres de la famille.

Par la création d'outils vidéographiques, le Fraje et le Centre vidéo de Bruxelles (rejoints au fil du temps par Respect ASBL et Question Santé) visent à favoriser les actions de prévention dans le domaine des relations enfants/parents.

Outre "Encore combien de fois dormir", cinq autres documentaires constituent actuellement la série.

Les chemins de l'autonomie - créé en mai 1992. Ce film repose sur un ensemble de témoignages de futurs parents et de parents. Son objectif principal est de faire sentir au spectateur les émotions que ressentent les futurs parents en imaginant leur enfants et celles qu'ils sont amenés à vivre

après avoir fait connaissance avec leur bébé.

Au fil des relations - créé en mai 1994.

Comme le précédent, ce film repose sur des témoignages et son objectif est de faire partager par un large public des émotions vécues tant par des parents que des jeunes.

Autour des relations enfants-parents lors de l'adolescence, il montre une approche particulière du développement des liens depuis la petite enfance jusqu'au départ des jeunes adultes de leur famille.

Corps, Accords, Désaccords - créé en mai 1996

Autour de 18 mois, l'enfant entre dans une phase d'opposition, la période du "non". Sur base de témoignage de parents, nous découvrons différentes réponses données à ce qui est souvent perçu comme des provocations ou des manifestations agressives.

Y'a pas honte - créé en 1998.

Ce film a pour objectif de faire partager les émotions et les questions liées à l'identité sexuelle chez les enfants.

Le roman familial - créé en 2001

"Le roman familial" est une expression qui recouvre, à la fois, la réalité des relations vécues et les liens imaginaires que les enfants construisent psychiquement avec leurs parents et leur famille en général. Les auteurs ont exploré cette dimension avec des enfants appartenant à des familles de différents types : classiques, mosaïques, recomposées, séparées...

Des cahiers d'animations sont disponibles pour ces cinq programmes.

BRÈVES

Adolescent - drogue

Charleroi

18 et 20 janvier 2005

A l'initiative de Carolo Contact Drogues, du Centre de santé mentale du CPAS de Charleroi et de l'AJMO, le groupe **Paradox**, espace de parole pour parents d'adolescents, organise un groupe pour les personnes désireuses de partager leurs expériences et leurs difficultés avec leur(s) enfant(s).

La première séance aura lieu le 18 janvier 2005 de 18 à 20 heures ou le 20 janvier de 13 à 15 heures.

Le nombre de place est limité et une participation de 1 euro sera demandée à chaque personne présente pour alimenter la pause café.

Renseignements et inscription : Carolo Contact Drogues, rue d'Angleterre 10, 6000 Charleroi. Tél.: 071 30 26 56.

Courriel : cps.carolocontactdrogues@charleroi.be

Documentation

Bruxelles

19 janvier, 28 janvier, 4 février 2005

Le Centre de documentation de l'Unité RESO - UCL organise trois formations sur le thème de la documentation.

- Le mercredi 19/01/2005 (9h30-12h30) : **initiation à la documentation.**

Adressée à toutes personnes qui ne sont pas documentalistes de formation mais qui occupent la fonction au sein d'un organisme.

Contenu : comment créer un centre de documentation, fonction et rôle du documentaliste, l'indexation (analyse du contenu d'un document, attribution de mots-clés...), étapes de la recherche documentaire (types de documents, localisation d'un document, valeur d'un document...), règles pour la citation d'un auteur ou pour effectuer une bibliographie...

- Le vendredi 28/01/2005 (9h30-12h30) : **initiation à la recherche documentaire sur Internet.**

Adressée aux documentalistes ou faisant fonction.

Contenu : présentation d'Internet, moteurs de recherche, catalogue spécialisé, bases de données Doctes/Quisanté

- Le vendredi 4/02/2005 (9h30-12h30) : **recherche documentaire sur Internet (bases de données).**

Adressée aux documentalistes ou faisant fonction ayant déjà des notions de recherche documentaire sur Internet.

Contenu : catalogue spécialisé, bases de données Doctes/Quisanté, Medline, Science Direct.

Les réservations peuvent se faire par téléphone au 02 764 50 37 ou 38 ou par courriel à karine.verstraeten@reso.ucl.ac.be ou gossiaux@reso.ucl.ac.be

Université Catholique de Louvain, Unité RESO, Centre de Documentation RESOdoc, avenue Mounier 50, 1200 Bruxelles. Tél.: 02 764 50 38

Site internet : <http://www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso>

Epilepsie

Liège

25 janvier 2005

Conférence du Dr Marc Derouaux, neurologue, président de la Ligue francophone belge contre l'épilepsie, sur le thème 'Les épilepsies en 2005'.

Cela aura lieu au Centre de Liège, rue Alex Bouvy 6, à 20 h. Renseignements : 04 341 29 92.

Formation

Liège

28 janvier et 2 février 2005

Le Centre d'enseignement et de recherche pour l'environnement et la santé de l'Université de Liège (CERES) organise un nouveau cycle de formations intégrées en communication pour la santé (CAPS) et l'environnement (ECOCOM) du 14 février au 30 juin 2005.

Ces formations poursuivent les objectifs suivants :

- promouvoir la santé et l'environnement dans la perspective du développement durable en utilisant des moyens de communication appropriés;
- maîtriser les outils de la recherche d'emploi;
- améliorer sa connaissance de soi et sa confiance en soi;
- découvrir les réseaux de la promotion de la santé et de l'ErE.

Ces formations gratuites, d'une durée de 19 semaines, sont destinées à des personnes sans activité professionnelle.

Journée portes ouvertes le 28 janvier de 14 à 18 h (séance d'information à 14 h), sélection des élèves le 2 février à 10 h.

Renseignements : CERES ULg, Val Benoît, rue A. Stévert 2, bât C1, 4000 Liège. Tél.: 04 366 90 60, fax : 04 366 90 62, courriel : steceres@ulg.ac.be.

Internet : www.ste.fapse.ulg.ac.be/ste/ceres/index.html

Environnement

Mozet (Namur)

16, 17 et 18 février 2005

10^{es} Rencontres de l'éducation relative à l'environnement Les Rencontres de l'ErE sont l'occasion pour les animateurs, enseignants, éco-conseillers, mouvements de jeunesse, associations de parents... de prendre le temps d'échanger sur les pratiques éducatives dans un climat convivial.

Un moment fort sera la conférence du psychosociologue **Robert-Vincent Joule**, auteur du 'Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens'.

Renseignements et inscriptions : www.reseau-idee.be (onglet 'Rencontres'), ou Réseau Idée, au 02 286 95 70 ou 75.

Assuétudes

Bruxelles

16, 21 et 23 février 2005

Prévention des assuétudes et des toxicomanies : module interdisciplinaire de formation (3 jours) destiné à tout adulte relais confronté à la question des drogues : intervenants psycho-médico-sociaux, enseignants, éducateurs, parents, stagiaires, etc.

Lieu : rue Mercelis 27, 1050 Bruxelles

Renseignements : Prospective-Jeunesse, Claire Haesaerts, tél. 02 512 17 66, fax 02 513 24 02,

courriel claire.haesaerts@prospective-jeunesse.be

Médicaments

En matière de bon usage des médicaments, il importe de répéter les messages à intervalles réguliers. C'est ce que vient de faire l'autorité fédérale avec deux campagnes à quelques jours de distance.

La première, 'Soyez maître de votre repos', sous-titrée 'Somnifères et calmants. On s'y habitue plus vite qu'on ne le pense', est la troisième consacrée aux benzodiazépines. La Belgique se situant largement au-dessus de la moyenne européenne pour cette classe de médicaments, 10% de la population prenant des 'benzos' au long cours sans justification médicale réelle, un rappel de la mise en garde n'est sans doute pas superflu, même si on peut douter de son efficacité vis-à-vis des consommateurs réguliers.

Infos sur le site www.health.fgov.be/benzo

La seconde campagne a trait au bon usage des antibiotiques. C'est la quatrième du genre dans notre

Enfant et mort

pays. Actuellement, on consomme encore trop d'antibiotiques en Belgique et l'objectif de cette campagne est de remédier à cette situation. Le message clé élaboré par le BAPCOG (Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee) est sans ambiguïté : les antibiotiques sont inefficaces contre la grippe, le rhume et la bronchite aiguë. Ce message est présenté avec une pointe d'humour absurde dans 2 spots télévisés : le premier met en scène un marchand de vélo qui 'délivre' un short de cycliste à un client qui se plaint d'être grippé ; le second montre un libraire qui recommande l'usage d'une carte de téléphone 'jusqu'au bout' à une dame présentant les symptômes d'une bronchite aiguë. Une démonstration percutante et amusante que l'usage des antibiotiques est totalement inutile dans certains cas. Infos sur le site www.antibiotics-info.be

Consommation

Enquête quantitative parmi des établissements du fondamental en Communauté française de Belgique

Début 2003, dans le cadre des « Assises pour l'égalité », le *Chantier jeunes* souhaitait avoir une photographie de la consommation en milieu scolaire fondamental. Après avoir élaboré un questionnaire, le *Chantier* a confié à l'unité ULB-PROMES la récolte et l'analyse des données. Une enquête quantitative a été menée au sein d'établissements du fondamental en Communauté française de Belgique. Sur les 300 établissements scolaires sélectionnés aléatoirement, 114 directeur(trice)s ont participé à l'enquête en complétant le questionnaire auto-administré¹. Dans cette enquête, deux thématiques principales ont été investiguées : **l'offre de consommation et la publicité directe et/ou indirecte**. La première thématique a été abordée sous l'angle de la vente de nourriture et/ou de boissons via les distributeurs automatiques et les magasins présents soit dans l'établissement, soit dans un environnement très proche. La deuxième thématique a permis de s'intéresser à la place des entreprises commerciales au sein des écoles primaires (réalisation d'animations et/ou distribution de mallettes pédagogiques). Cette étude descriptive permet la mise en évidence de tendances générales au niveau des établissements du fondamental en Communauté française. Si vous êtes intéressé(e) par le sujet, nous invitons à consulter et/ou à télécharger le rapport complet à l'adresse suivante <http://www.ulb.ac.be/esp/promes>, à la rubrique des études socio-épidémiologiques (document de 48 pages).
C. SENTERRE, D. FAVRESSE, D. PIETTE;
Les offres de consommation à l'école fondamentale : équité ou éthique ? Enquête quantitative dans l'enseignement fondamental en Communauté française de Belgique, août 2003, ESP-ULB.

¹ Une présentation détaillée de cette problématique a été publiée dans *Education Santé* : S. Bourguignon, La consommation des jeunes : le bien-être à quel prix ?, n° 182, p. 2 à 9.

L'antenne de l'Organisme de Recherche sur la Mort de l'Enfant (ORME) en Belgique lance un groupe de parole à l'attention des personnes concernées par la perte d'un enfant.

Renseignements : Thérèse Derissen,
rue Charles Lamquet 254, 5100 Jambes.
Courriel : derissen_therese@yahoo.fr.

Neurosciences

Des initiatives de la Fondation Roi Baudouin. Brochure « *Mes neurones et moi* »... À partir de douze histoires, les auteurs nous invitent à mieux comprendre ce que recouvrent les expressions hyperkinésie, dépression, schizophrénie, plasticité du cerveau, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson... Ils mettent aussi en lumière les récentes évolutions des neurosciences et de la connaissance du cerveau, les tensions et les questions qu'elles posent. Et en fin de chaque chapitre, ils nous proposent de poursuivre la lecture grâce à une bibliographie sélective (publications et sites). Un 'abc de nos neurones', information scientifique de base sur le cerveau, complète la brochure. RONDIA K, RAEYMAEKERS, *Mes neurones et moi*, Fondation Roi Baudouin, 2004, 82 pages. Plus d'infos sur http://www.kbs-frb.be/code/page.cfm?id_page=153&ID=323 ...et un nouveau site internet Le site www.mesneuronesetmoi.be est opérationnel depuis fin septembre. On peut y trouver des informations sur toutes les activités menées en Belgique par l'équipe Gouvernance en ce qui concerne les questions que pose le développement des neurosciences.

Reproduction et sexualité

Les professeurs S. Alexander (Unité de Santé reproductive et épidémiologie périnatale) et D. Piette (Unité de Promotion Education Santé) de l'ULB et leurs équipes ont le plaisir de vous annoncer la venue sur le web du site de la *Sphère affective, sexuelle et reproductive*. Ce site est un lieu de concertation, de partenariat, de coaching et de partage dans les domaines de "La santé, le bien-être et les droits en matière de reproduction et de sexualité".

L'adresse du site est la suivante :

www.ulb.ac.be/esp/sphere-asr

Ce site s'adresse tant aux professionnels qu'à la population générale.

Les objectifs sont :

- d'offrir un lieu de partage et de rencontre pour que les équipes concernées par cette thématique s'enrichissent mutuellement ;
- de constituer la base d'un réseau qui s'ouvrira à d'autres intervenants et qui doit permettre que se construisent d'autres collaborations, que celles de ce site, entre partenaires ou avec de nouveaux partenaires ;
- la mise en commun des outils et des informations pour permettre une meilleure disponibilité des

informations existantes (ex : résultats des recherches, études, séminaires, etc.) tant pour les relais que pour la population elle-même ;

- l'identification éventuelle de besoins d'informations, d'outils ou de services et formations mieux adaptés aux besoins.

Sclérose en plaques

La Ligue de la sclérose en plaques recherche des bénévoles en Communauté française dans le cadre de son « **Marathon de lecture** ».

La sclérose en plaques est une affection inflammatoire incurable et généralement évolutive qui affecte environ 10.000 personnes en Belgique. C'est la maladie neurologique la plus fréquente chez les jeunes adultes. Quelques-uns de ses symptômes sont : fatigue, troubles de l'équilibre, troubles moteurs, troubles de la sensibilité, faiblesse musculaire.

Le « **Marathon de lecture** » s'adresse à des élèves de 3^e, 4^e, 5^e et 6^e années primaires. Ses objectifs sont d'aborder avec les enfants des thèmes sociaux comme la **sensibilisation à la différence, l'acceptation de l'autre tel qu'il est, l'intégration des personnes handicapées** ; de susciter l'intérêt des plus jeunes pour les livres et le **plaisir de la lecture** ; de **récolter des fonds** au bénéfice de personnes atteintes de sclérose en plaques.

L'animation au sein des écoles (ou au Centre de rencontre de la Ligue à Naninne) comprend notamment une **mise en situation de handicap** par un « parcours » ludique qui met en scène les difficultés quotidiennes rencontrées par une personne atteinte de sclérose en plaques, comme par exemple la mise en évidence de problèmes de mobilité et d'accessibilité ; la prise en compte de problèmes de sensibilité : (utilisation de gants de jardinage pour nouer des lacets, débiter une friandise, écrire) ; l'utilisation d'ustensiles de cuisine adaptés.

Une malle de 25 à 30 livres soigneusement sélectionnés est ensuite remise à chaque classe. Le « **Marathon de lecture** » fonctionne comme une marche parrainée : il est proposé aux enfants de demander à leur entourage de les sponsoriser en fonction du nombre de livres qu'ils lisent pendant une période de 4 à 6 semaines. A l'issue du marathon, un « diplôme de participation » est remis à chaque élève. Les fonds récoltés sont affectés par la Ligue à l'achat de matériel adapté pour le maintien à domicile de personnes atteintes de la maladie.

Si participer à cette aventure vous intéresse, n'hésitez pas à contacter la responsable du projet Isabelle Arno, ligue.sep@ms-sep.be ou 081 40 15 55 (de 9 h à 16 h 30).

Emploi

Demande

Aurélié Jacob, diététicienne, cherche un emploi mi-temps dans la région bruxelloise.

Courriel : aurelie-jacob@caramail.com.

Contraception, contradiction

Quelques mois après que le Ministre des Affaires sociales et de la santé ait lancé une initiative destinée à améliorer l'accessibilité financière des jeunes à la contraception¹, les firmes productrices de la plupart des pilules contraceptives utilisées dans notre pays ont décidé de soustraire leurs produits du système de remboursement, ce qui a pour effet d'augmenter immédiatement le prix à charge des couples de 20 %, et de faciliter d'autres augmentations de prix à l'avenir. Voilà un bel exemple de cette 'responsabilité sociale' dont se vante l'industrie du médicament à longueur d'années! Ci-dessous, vous lirez le coup de colère du **D^r Moonens**, président de la Fédération laïque de centres de planning familial (FLCPF).

Lettre ouverte aux firmes pharmaceutiques

Casser le remboursement des pilules ?
Vous n'avez pas tous les droits!

Vous n'avez pas le droit, au nom de vos objectifs de profits immédiats, d'empêcher l'accès à la contraception aux couples qui n'ont pas les moyens de cracher au bassin. Trente euros l'ordonnance n'est pas à la portée de toutes les bourses. Il est des mois où les fins de mois sont difficiles.

Ne nous inventez pas une fictive volonté de « développer des nouveaux produits ». Votre recherche ne se met à l'œuvre que si le profit est garanti.

De toute façon, la recherche scientifique dans le domaine de la contraception est amortie. Que ce soit en patch, en anneau vaginal ou en implant, les molécules sont connues depuis bien longtemps. Seule « nouvelle » molécule, la pilule aux vertus... diurétiques!

Séchez vos larmes de crocodiles, on sait que vos budgets de recherche n'arrivent qu'au tiers de vos budgets publicitaires. Il suffit d'assister aux congrès que vous arrosez de cocktails succulents pour comprendre ce qui vous mobilise. Combien de délégués commerciaux par médecin prescripteur ?

Où est la recherche indépendante de vos firmes commerciales ?

Vous n'avez pas le droit, au nom de vos actionnaires ou de la « libre » concurrence débridée, de renvoyer à l'avortement les femmes qui ne peuvent suivre l'escalade de vos prix de vente. Ne pas accéder à la contraception a des conséquences douloureuses qui en termes de vécu n'ont pas de prix.

Enfin, en tant que citoyen, je ne vous reconnais pas le droit de saboter l'action de nos élus.

Qu'une société envoie vers ses citoyens le message que nos enfants ne sont pas le fruit du hasard, le cheveu tombé dans la soupe du destin, mais les fruits de notre amour, de l'intérêt que nous portons à l'avenir, est un message de vie, de liberté et d'espoir en un monde meilleur. Que cette société puisse décider de rembourser les moyens contraceptifs par le biais de la sécurité sociale est nécessaire au bon fonctionnement de la cité et de la démocratie.

Protégeons nos enfants, construisons notre avenir! Vous n'avez pas le droit, au nom de vos intérêts mercantiles, d'empêcher ce message politique et ce choix de société d'exister. La décision de rembourser tel ou tel produit de votre production pharmaceutique est un devoir politique et non un gadget commercial soumis aux seules « lois du marché ».

Comme militant parmi d'autres pour un monde plus digne, je soutiens les tentatives du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique de contrer ces abus de pouvoir que tentent de nous imposer quelques multinationales de l'industrie chimique.

Au-delà de ce soutien, les femmes sauront choisir les contraceptifs produits par les firmes éthiquement plus respectables. Mon rôle, en tant que médecin et au nom de la Fédération laïque de centres de planning familial, est de les guider dans ce choix et de sensibiliser les prescripteurs à favoriser les contraceptifs des firmes qui n'abusent pas de leur position de quasi-monopole.

D^r Moonens, FLCPF

Site internet : www.planningfamilial.net

¹ Voir notre article 'Un meilleur accès à la contraception pour les jeunes', *Education Santé* n° 192, juillet-août 2004.

Sommaire

Initiatives

Obésité des enfants : il faut jouer sur tous les plans, par *Carine Maillard* 2

Les comportements alimentaires des Français 5

Réflexion

Jeunes et alcool : quand la prévention s'emmêle! par *Henri Patrick Ceusters* 6

A votre santé, par *Christian De Bock* 10

Stratégie

Evaluation de la mise en œuvre du décret de promotion de la santé à l'école, par *Chantal Vandoorne, Sophie Grignard, Patrick Trefois, Alain Cherbonnier, Danielle Piette, Damien Favresse, Juan Protto, Alain Deccache, Florence Renard, Joëlle Berrewarts* 11

Naissance d'une plate-forme PSE, par *Geneviève Houioux, Emmanuelle Caspers, Danielle Piette* 15

Données

Jeunes en âge scolaire et tabac, par *Carine Maillard* 16

Vu pour vous

www.vacc.info : tout sur la vaccination 17

Encore combien de fois dormir ? 17

Brèves

18

Mensuel (11 numéros par an. ne paraît pas en juillet).

Abonnement : gratuit pour la Belgique, 25 € pour 11 numéros pour l'étranger. Paiement uniquement par virement bancaire. RIB : BACBBEBB. IBAN : BE60 7995 5245 0970.

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

Rédacteur en chef, secrétaire de rédaction : Christian De Bock (02-246 48 51).

Secrétaire de rédaction adjoint : Catherine Spièce (02-515 05 85).

Journalistes : Véronique Janzyk, Carine Maillard, Myriam Marchand.

Responsable des rubriques Acquisitions, Brèves, Documentation, Lu pour vous, Matériel et Vu pour vous :

Maryse Van Audenhaege (02-246 48 51).

Documentation : Maryse Van Audenhaege.

Site internet : Maryse Van Audenhaege.

Contact abonnés : Maryse Van Audenhaege.

Comité stratégique : Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Benoît Dadoumont, Christian De Bock, Alain Deccache,

Sophie Fiévet, Véronique Janzyk, Charlotte Lonfils, Roger Lonfils, André Lufin, Paul Sonkes, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaege, Chantal Vandoorne, Christian Van Rompaey.

Comité opérationnel : Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Jacques Henkinbrant, Véronique Janzyk, Thierry Poucet, Maryse Van Audenhaege.

Editeur responsable : Edouard Descampe, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Hayez.

Tirage : 2.600 exemplaires.

Diffusion : 2.400 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

Les articles publiés par *Education 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 *Education Santé* peuvent être reproduits après accord préalable de la revue et moyennant mention de la source.

Documentation consultable sur rendez-vous pris au 02-246 48 51.

Pour tous renseignements complémentaires : Education Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél.: 02-246 48 53. Fax : 02-246 49 88 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).

Internet : www.educationsante.be
Courriel education.sante@mc.be

Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé, une seule adresse : www.pipsa.org

Revue membre de l'A.R.S.C., Association des revues scientifiques et culturelles – www.arsc.be

Les textes de ce numéro seront prochainement disponibles sur notre site www.educationsante.be (sous réserve d'acceptation des auteurs).



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