



SANTE DES FAMILLES : influences du mode de vie

1^{ère} partie (alimentation, alcoolisme et tabagisme)

D. DOUMONT
F. LIBION

En collaboration et pour le CLPS du Brabant Wallon

Décembre 2003
Réf. : 03-26

Série de dossiers techniques



Service Communautaire de Promotion de la Santé
avec le soutien de la Communauté française de Belgique

TABLE DES MATIERES

Introduction	2
1. Définition de la santé familiale.....	3
2. Déterminants de la santé retenus par les auteurs	5
3. Actions mises en place par les familles pour conserver/améliorer la santé	13
4. Aides mises en place pour amener les familles à conserver/améliorer leur santé	14
5. Pistes et recommandations	16
6. Conclusions	18
7. Bibliographie.....	20
8. Annexe	22

UCL – RESO Dossier technique 03-26

Dominique DOUMONT, France LIBION
Unité RESO, Education pour la santé, Faculté de Médecine, UCL.¹

MODE DE VIE ET SANTE DES FAMILLES

A l'initiative de Mme MARECHAL, Ministre de l'aide à la jeunesse et de la santé de la CFB, le CLPS du Brabant wallon organise un cycle de 4 conférences locales.

Ces conférences s'intéressent aux modes de vie de la famille et donc aux déterminants de la santé de celle-ci. Elles ont pour but de sensibiliser un public multisectoriel à la promotion de la santé et à la qualité de vie, de favoriser des échanges entre tous les acteurs de terrain, d'ouvrir des pistes d'action concrètes et ainsi aboutir à une meilleure connaissance des besoins locaux.

Une première conférence a déjà été réalisée ; elle concernait « le cadre de vie » (accès et qualité du logement, qualité de l'environnement social et physique, ...).

Le CLPS du Brabant Wallon a fait appel à l'équipe du RESO pour les aider à préparer une seconde conférence axée sur « les modes de vie » au sein de « la famille » et les déterminants de santé tels que : l'alimentation, l'alcoolisme, le tabagisme, la gestion du stress, l'usage des médicaments, le sommeil, l'activité physique...

Introduction

Pour **L. Potvin** (1995), «... les familles influent sur le comportement de leurs membres, tant les adultes que les enfants. Elles façonnent les environnements physiques et sociaux qui déterminent la santé...».

C'est également au sein de la cellule familiale que «... la plupart des adultes prennent des décisions importantes concernant les comportements liés à la santé, par exemple, les habitudes alimentaires ou le temps accordé aux activités physiques et/ou sportives. En outre, les membres de la famille adoptent habituellement des attitudes et des comportements semblables envers le tabagisme, l'activité physique et les habitudes alimentaires ».

Enfin, c'est en famille que s'apprennent et/ou se gèrent les « habitudes de vie », « ... les règlements de la maison, l'encouragement des membres de la famille, le soutien affectif ainsi que le renforcement positif ou négatif influent très fortement sur le comportement de l'enfant par rapport à sa santé ».

¹ L'analyse des publications a été réalisée par I. Aujoulat, J. Berrewaerts, D. Doumont, F. Libion, E. Martin, F. Renard et K. Thibaut.

Toutefois, certaines caractéristiques familiales semblent avoir un impact sur la bonne santé des familles.

Dans le cadre de ce travail, nous tenterons de mieux cerner et de comprendre ce qui peut influencer les comportements familiaux et donc in fine la « santé familiale ».

C'est pourquoi ce dossier traitera préférentiellement la problématique d'une alimentation saine, du tabagisme et de l'alcoolisme.

Un second dossier pourrait compléter celui-ci en abordant d'autres thématiques telles que l'activité physique, le sommeil, la gestion du stress et la consommation médicamenteuse.

Les recherches bibliographiques ont été menées sur différentes bases de données telles que Doctes (base de données partagée dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé), Medline (base de données bibliographiques produite par la National Library of Medicine et qui couvre tous les domaines biomédicaux) et Sciendirect (base de données qui fournit les références d'articles provenant de périodiques de la collection Elsevier Science). La date du document, son accessibilité, son degré de réponse et sa pertinence par rapport aux questions de recherche ont conditionné le choix des articles retenus.

Les mots clefs retenus ont été « family and lifestyle », « determinants of health », « family diet », « smoking », « health behaviour », « drinking », « health promotion ».

Vingt-cinq articles ont été retenus et concernent essentiellement les cinq dernières années.

1. Définition de la santé familiale

Dans un premier temps, une recherche de définition de la santé au sein de la famille a été réalisée au travers des différents articles sélectionnés.

Toutefois, ces articles ne permettent pas d'apporter une définition précise de la « santé familiale ».

Dans un article paru en 1996, **De Bourdeaudhuij** compare six comportements de santé entre les membres de la famille (adolescents âgés de 12 à 20 ans, père et mère). Ces comportements concernent la consommation de tabac, le Body-Mass Index, la consommation d'alcool, le nombre d'heures de sommeil, l'activité physique, les choix alimentaires et l'absorption de graisses. Toutefois, l'auteur ne propose aucune définition de la « santé familiale » mais elle confirme l'hypothèse selon laquelle il existe bien un lien entre les comportements de santé des parents et les comportements de santé des adolescents.

Dans une autre recherche menée par **De Bourdeaudhuij et al.** (2002), la santé familiale est considérée au travers de l'alimentation, et plus particulièrement de la consommation de lipides au sein de la famille. La santé familiale est appréhendée sous l'angle d'un comportement collectif, car les auteurs considèrent qu'un comportement favorable à la santé tel que le fait de consommer moins de graisses a plus de chance d'être adopté dans une famille où plusieurs membres sont concernés et impliqués que lorsque l'on s'adresse à une personne seule (ex. adolescent hors de son contexte familial). Ces

auteurs concluent donc que tout effort d'éducation nutritionnelle ne pourra être optimisé que s'il est considéré dans le cadre familial global.

Miller (1997) quant à lui évoque les effets de déterminants familiaux (structure familiale, place accordée aux jeunes dans la famille, type d'autorité exercée par le/les parent(s) etc.) sur certains comportements de santé individuels des adolescents (dépression, anxiété, fumer, boire, se droguer, etc.) mais ne formule aucune définition précise de la santé en famille.

Komro et al. (2002) se sont intéressés à la santé des adolescents (particulièrement l'influence du tabac sur leur santé) et ils évoquent la théorie de l'influence triadique.

Il existe trois flux d'influences sur les comportements de santé (des adolescents) :

- la situation / le contexte social
- l'environnement socioculturel
- les facteurs interpersonnels

Dans le contexte social, on identifie l'importance des attitudes et des normes parentales, mais également l'importance des pratiques parentales, l'importance des modèles parentaux et familiaux sur les comportements de santé des adolescents.

Selon **K. O'Byrne et al.** (2002), un fonctionnement familial sain se retrouve dans une famille qui permet à la fois un certain degré d'autonomie et d'intimité. Les degrés d'autonomie et d'intimité sont mesurés dans l'étude à l'aide de l'échelle FOS (Family of origin scale in Ryan B.A. et al. (1995) cité par Koetting O'Byrne).

Selon la théorie reprise par la FOS, l'autonomie se développe dans une famille qui a un fonctionnement sain, si les comportements suivants peuvent être observés : expression claire, responsabilité personnelle et respect des autres, le fait de pouvoir gérer ouvertement un certain nombre de problèmes. Dans le même temps, une famille saine développe le sens de l'intimité en encourageant le fait de pouvoir s'exprimer ouvertement sur ses sentiments, en affrontant et réglant les conflits, en encourageant la sensibilité des membres de la famille, en créant une atmosphère chaleureuse à la maison, en adhérant à une image positive de l'humanité.

Fleming et al. (2002) mentionnent des études récentes montrant des associations positives entre le tabagisme observé chez les parents et le tabagisme observé chez les enfants.

Les auteurs examinent la relation entre les actions (processus) que la famille met en place pour leurs enfants scolarisés en 2^{ème} et 3^{ème} années et l'initialisation au tabagisme à l'école de ces mêmes enfants lorsqu'ils sont inscrits en 6^{ème} et 7^{ème} années.

Toutefois, les auteurs ne mentionnent aucune définition précise de la santé familiale.

Faoro-Kreit et Hers (2000) n'abordent pas directement le concept de «santé familiale » mais montrent comment l'organisation familiale et la communication familiale sont perturbées par l'alcoolisme (honte des parents, perte de leur place de parents). Ils explorent les conséquences psychologiques de l'alcoolisme sur l'enfant.

Hers (2000) tente d'expliquer comment la réunion de certaines conditions dans le contexte d'une entreprise familiale favorisent l'alcoolisme soit de l'héritier de l'entreprise (qui n'a pas nécessairement choisi cette place), soit du «laissé pour compte» (celui qui se voit imposé une cadence et une vie rythmée par les autres). De lourdes contraintes pèsent alors sur ces individus qu'ils n'arrivent peu ou pas à assumer du fait de l'intrication de la vie familiale et professionnelle et des intérêts opposés.

Même si le public cible (entreprise familiale et problèmes liés à l'alcoolisme) sort quelque peu du cadre strict de la famille et de ses déterminants de santé, les auteurs du présent dossier ont choisi de garder cet article car il permet de pointer des conséquences de santé au sein de familles d'alcooliques.

Litrownik et al. (2000) évaluent la mise sur pied d'un programme de prévention (alcool et tabac) où les parents sont associés.

Les déterminants de santé retenus par les auteurs sont outre le tabac et l'alcool, la communication parents-enfants (verbale, non verbale, l'attention, l'acceptation par les parents des messages formulés par les adolescents, le témoignage d'une certaine confiance vis-à-vis des adolescents, etc), l'influence des médias, l'influence des pairs.

Si aucune définition claire du concept de «santé familiale» n'a émergé des articles sélectionnés, tous les auteurs envisagent «la santé familiale» soit sous l'angle d'un comportement, soit sous l'angle d'un mode de fonctionnement et/ou sous l'angle d'attitude parentale.

2. Déterminants de la santé retenus par les auteurs

Schopper et al. (2000) ont réalisé une étude dans le canton de Genève en vue de déterminer les priorités de santé et de proposer des mesures et actions porteuses au niveau légal, social, environnemental, médical afin d'améliorer les déterminants de la santé et les problèmes de santé.

Pour cela, les professionnels de la santé ainsi que des leaders locaux ont été interrogés via l'utilisation de la méthode du Delphi.

Les déterminants de la santé retenus comme prioritaires par les participants sont (par ordre décroissant) :

- l'abus d'alcool pour 70% des participants
- l'abus de tabac pour 65%
- la détérioration de l'environnement familial pour 55%
- le chômage pour 52%
- l'exclusion sociale pour 50%
- le stress pour 44%
- une mauvaise alimentation pour 34%

Les raisons pour lesquelles des déterminants comme le chômage, le stress, l'exclusion, ... ont été choisis comme prioritaires sont dues au fait que ces déterminants jouent un rôle négatif important sur la santé (ex : le chômage provoque la détérioration de l'environnement familial ; il augmente le stress, favorise la consommation d'alcool et contribue à l'exclusion sociale).

Selon **Rimal** (2003), les déterminants de santé sont liés : au niveau de revenu et à l'éducation (le nombre d'années d'études)

- à l'utilisation d'informations relatives à la santé (lecture d'articles sur la santé, d'informations nutritionnelles, ...)
- aux connaissances de santé
- à l'efficacité personnelle (self-efficacy) concernant l'alimentation
- au comportement alimentaire
- à la communication dans la famille

Les déterminants des comportements des enfants (self-efficacy, connaissances, et utilisation des informations) sont affectés par les déterminants des comportements des adultes. En effet, l'auteur met en évidence 3 types d'influences.

Influences intrapersonnelles :

Les comportements de santé à la fois des enfants et des adultes sont influencés par des facteurs intrapersonnels, dont notamment les connaissances que ceux-ci (parents et enfants) ont par rapport à la santé. Enfin, l'efficacité personnelle est un des meilleurs prédicteurs du comportement alimentaire.

Influences interpersonnelles :

L'efficacité personnelle des adultes, leurs connaissances à propos de la santé, leur utilisation des médias de santé, et leur comportement alimentaire sont des prédicteurs significatifs respectivement de l'efficacité personnelle des enfants, de leurs connaissances à propos de la santé, de leur utilisation des médias de santé, et de leur comportement alimentaire. Ce résultat est expliqué par les processus de socialisation.

Influences communicatives :

Il existe un effet direct des discussions familiales principalement sur l'utilisation et l'exploitation des informations concernant la santé (des adultes et des enfants). Ces discussions familiales ont également un impact sur le comportement alimentaire des adultes, et donc indirectement sur le comportement alimentaire des enfants.

Dans une étude réalisée par **De Bourdeaudhuij et al.** (2002), le déterminant de la santé pris en compte est l'alimentation et, plus particulièrement, la consommation de graisses. La consommation excessive de graisses est vue essentiellement sous l'angle du risque qu'elle représente pour le développement de problèmes cardio-vasculaires. Les auteurs abordent essentiellement les déterminants physiques, psycho-socio-économiques de la consommation de graisses.

Les déterminants de santé retenus par **De Bourdeaudhuij** (1996) sont les comportements familiaux en matière de santé (cfr supra).

Les adolescents ont tendance à reproduire certains comportements de santé de leurs parents. Il n'y a pas de corrélation significative entre les parents et les adolescents pour l'activité physique.

Les corrélations étaient significatives (bien que faibles) pour la consommation d'alcool, de tabac et le nombre d'heures de sommeil.

En ce qui concerne le Body Mass Index, l'auteur observe une corrélation modérée à élevée.

Enfin, les résultats de la recherche montrent une corrélation importante et significative entre parents et adolescents quant aux choix alimentaires. Des corrélations plus faibles sont observées pour l'absorption de matières grasses.

De Bourdeaudhuij et Van Oost (1998) examinent la prise de décision des membres de la famille concernant les choix alimentaires et le lien avec une alimentation saine ou non (ils mesurent le pouvoir de décision des membres de la famille et les choix alimentaires).

Les résultats de l'étude montrent que l'influence des pères et plus spécialement des adolescents est importante dans les décisions alimentaires.

Dans les familles où les adolescents ont le plus de pouvoir, les choix alimentaires sont moins sains.

De Bourdeaudhuij (1997) réalise une étude auprès d'un échantillon d'adolescents afin de savoir si le statut/position de la famille influence l'introduction/l'adoption d'une nourriture plus saine au niveau de la famille.

En effet, l'auteur part des constatations suivantes :

- les interventions visant à modifier les comportements alimentaires sont des composantes nécessaires pour prévenir les maladies cardio-vasculaires.
- le plus souvent, les programmes d'intervention basés sur l'éducation d'une alimentation plus saine sont développés et implantés dans les écoles primaires et secondaires (accès le plus aisé pour atteindre une proportion importante de la population avec des effets à plus ou moins long terme ..). Or, les résultats sont souvent mitigés notamment dans le maintien des changements à long terme.
- plusieurs études démontrent que la participation des parents est nécessaire pour implanter et maintenir une alimentation saine chez les enfants et les adolescents. Toutefois, certaines difficultés semblent récurrentes : un taux de non-participation élevé, des abandons et une difficulté de recrutement.
- les femmes sont considérées comme responsables en ce qui concerne : l'établissement des menus de la famille, le choix des aliments, la préparation du repas de la famille ; dès lors, les programmes d'intervention sont souvent dirigés à l'attention de celles-ci. Ce « pouvoir » toutefois est limité, les femmes cuisinent plus « sainement » si leur mari et leurs enfants le désirent vraiment.

Au terme de son étude, De Bourdeaudhuij tire les conclusions suivantes :

- l'introduction par les pères d'une « alimentation plus saine » provoquent des réactions plus positives auprès des adolescents que si cette même alimentation (plus saine) est proposée par les mères.
- l'introduction par les mères d'une « alimentation plus saine » provoquent des réactions positives similaires à une alimentation plus saine proposée par les adolescents eux-mêmes.
- enfin, il serait pertinent de cibler tous les membres de la famille lors de la mise en route de programmes d'éducation alimentaire et une sensibilisation toute particulière auprès des pères doit être réalisée.

Enfin, De Bourdeaudhuij émet quelques remarques :

- les réactions des pères sont très souvent liées à leur comportement ou attitude par rapport à leur consommation « d'en cas » et de « boissons » (autre que l'alcool par ex : soft drink).
- les adolescents se laissent facilement influencer par les frères/sœurs lors de la recherche d'une nourriture plus saine → facteur de non maintien dans le temps (avis contraire des frères/sœurs).
- la situation de travail (temps plein, mi temps, etc..) et le statut professionnel des parents n'influencent guère les attitudes positives à l'introduction d'une alimentation plus saine.
- le sexe et l'âge influencent les attitudes alimentaires : les filles rapportent plus de réactions plus positives pour elles-mêmes dans le fait d'introduire une nourriture plus saine dans la famille ; plus les adolescents grandissent , plus ils adoptent une attitude positive par rapport à la nourriture plus saine et aux en-cas. Il ne semble pas y avoir de corrélation chez les parents entre l'âge et les réactions positives ou négatives suite à l'introduction d'une nourriture plus saine dans la famille. Les adolescents qui ont uniquement des sœurs ont des réactions plus positives par rapport aux adolescents qui ont uniquement des frères ou des frères et des sœurs.
- les réactions de tous les membres de la famille sont plus négatives vis-à-vis de l'introduction d'en-cas plus sains par rapport à un repas plus sain.
- les adolescents signalent une grande difficulté d'influencer les adultes dans la préparation des repas et les parents semblent garder un grand contrôle sur la santé alimentaire des enfants.
- paradoxalement, quand les mères proposent des changements alimentaires dans la famille, ils ont moins d'effets car l'attitude des pères est plus négative alors que lorsque les changements sont initiés par les pères, ceux-ci sont soutenus par les mères.
- souvent, les membres de la famille préfèrent une alimentation plus traditionnelle et sont peu réceptifs aux nouveautés proposées par la maman.
- après les préférences paternelles viennent les préférences des enfants dans les comportements alimentaires de la famille.

Il s'agit donc d'une erreur de cibler les mamans comme principal relais (cible) dans les programmes d'éducation et de nutrition développés en milieu scolaire, sans vouloir tenir compte des « composantes familiales ». L'engagement de l'ensemble de la famille est nécessaire pour modifier l'alimentation familiale.

Enfin, en terme d'éducation nutritionnelle, il est plus intéressant d'opter pour un discours positif par rapport aux aliments sains que d'adopter un discours négatif/prohibitif par rapport à certains types d'aliments.

Pour **Videon et Manning** (2003) qui se sont intéressés à la consommation alimentaire des adolescents et aux repas pris en famille, les déterminants de santé sont :

- les caractéristiques socio-démographiques (âge, appartenance ethnique des adolescents et le niveau d'éducation des parents)
- la perception de son image corporelle
- l'influence des parents.

Trois mesures ont été établies (a,b,c) :

- a : prise des repas en famille avec au moins un des parents

- b : présence des parents quand les adolescents partent ou reviennent de l'école
- c : autonomie complète de l'adolescent pour les choix alimentaires versus contrôle parental.

Les auteurs se demandent si ces trois mesures influencent la consommation de fruits et légumes, de produits laitiers et enfin la prise ou non d'un petit déjeuner.

Ils concluent que la présence d'un parent au repas du soir est significativement associée avec une consommation plus élevée en fruits, légumes et produits laitiers et favorise la prise d'un petit déjeuner au matin.

Les effets bénéfiques des repas familiaux augmentent significativement avec le nombre de repas pris en famille pendant la semaine.

Le niveau d'éducation des parents influencent positivement les comportements alimentaires des adolescents en ce qui concerne la consommation de fruits, légumes et produits laitiers. Toutefois, la présence des parents quand l'adolescent rentre ou quitte le domicile n'est pas significativement associée avec cette consommation.

L'autonomie ou la dépendance alimentaire ne sont pas significativement associées avec la consommation de ces trois types de produits alimentaires (fruits, légumes et produits laitiers).

Il est à noter que les comportements alimentaires peuvent diverger en fonction de l'appartenance ethnique et culturelle.

Les jeunes filles sont perçues comme plus à risque en terme de mauvaises habitudes alimentaires que les jeunes garçons. Par exemple, les filles feront plus facilement l'impasse du petit déjeuner. Enfin, la perception que les adolescents ont de leur corps, qu'il soit fille ou garçon, aurait un impact significatif sur les mauvaises habitudes alimentaires (certains adolescents s'imaginent être en surcharge pondérale, l'apparence externe des adolescents est significativement influencée par les médias ou le regard d'autres adolescents, etc.).

Il est donc nécessaire d'intégrer dans les programmes d'éducation nutritionnelle la notion d'un « bon poids de santé »...

Enfin, les adolescents associent souvent repas équilibrés avec repas familiaux, et les parents ont une influence importante sur leurs comportements alimentaires.

Selon **K. O'Byrne et al.** (2002), c'est plutôt la santé familiale qui est présentée comme un déterminant du comportement des adolescents (fumer ou non). Il n'y a toutefois pas d'informations sur les déterminants à prendre en compte pour déclarer qu'une famille est « dite saine » (= santé de la famille).

De manière générale, selon **Komro et al.** (2002), les attitudes et les comportements des parents ont été identifiés dans un certain nombre d'études comme étant des facteurs sociaux importants associés au comportement tabagique des adolescents. Les auteurs examinent les relations qui existent entre les facteurs parentaux, familiaux et domestiques liés au tabac et le comportement tabagique des adolescents. Les auteurs identifient également un certain nombre de variables qui sont indépendamment liées à des taux plus élevés de comportement tabagique parmi les adolescents :

- l'année scolaire plus élevée de l'enfant
- des attitudes plus permissives des parents vis-à-vis du comportement tabagique chez les adultes

- le fait que les parents aient une estimation normative plus élevée du nombre de personnes qui fument (le pourcentage d'adultes et d'adolescents qui fument)
- le fait que les parents aient une moins grande propension à punir leur enfant pour avoir fumé
- le fait que les parents communiquent plus souvent par rapport aux conséquences de la transgression des règles familiales concernant le tabagisme
- le fait qu'au moins un adulte fume à la maison !
- le fait que des frères et sœurs fument !

La plus forte association est observée pour les deux dernières variables. Ces résultats soulignent l'importance des modèles (« roles models ») et de l'apprentissage social via le comportement des parents et des autres. Les auteurs ont également identifié d'autres variables mais qui ne sont plus significatives à partir du moment où l'on prend en compte :

- le fait que les parents fument
- le niveau d'éducation des parents
- le statut marital des parents (être marié ou pas)
- l'opposition des parents vis-à-vis des régulations tabagiques
- la communication à propos des règles familiales concernant la cigarette
- les restrictions tabagiques à la maison (vivre dans une maison où fumer est soit permis soit interdit)
- l'accessibilité aux cigarettes à la maison.

L'étude de Komro et al. met donc en évidence l'importance des attitudes tabagiques et des normes parentales, la présence de « modèles » qui fument à la maison.

Ces résultats sont confirmés par des recherches antérieures (US Department of Health and Human Service, Bauman et al., Wakefield et al., cités par Komro) qui ont démontré une relation entre le comportement tabagique des jeunes et :

- le fait que les parents fument ou non
- les restrictions tabagiques à la maison
- les attitudes des parents vis-à-vis du tabagisme
- la socialisation anti-tabagique
- les réactions parentales au tabagisme
- le contrôle parental
- le style parental.

Bailey et al., cité par Komro, identifie l'association des variables suivantes au comportement tabagique des adolescents :

- le comportement tabagique des parents
- certaines caractéristiques familiales : conflits familiaux, désunion familiale,
- le fait d'être au courant des activités de l'enfant,
- le temps passé auprès de l'enfant,
- le fait de désapprouver le tabagisme.

Enfin, dans une étude longitudinale récente (Andersen et al. cités par Komro), les auteurs observent que les attitudes maternelles anti-tabagiques, quand l'enfant est jeune, prédisent l'adoption d'un comportement tabagique à l'adolescence, mais uniquement parmi les parents non-fumeurs.

D'après **Faoro-Kreit et Hers** (2000), la violence et la négligence du parent buveur fait ressentir à l'enfant un sentiment de rejet et d'abandon; les attitudes incestueuses, les scènes conjugales violentes détruisent toute forme de communication et détériorent ainsi l'entente familiale et le bien-être de l'enfant.

L'alcoolisme d'un parent agit sur la santé physique de l'enfant si la mère boit pendant sa grossesse (syndrome alcoolique fœtal), sur sa santé psychique (dépression, symptômes portés par l'enfant jusqu'à l'âge adulte) et a également des répercussions sociales (honte et isolement social de l'enfant qui cherche à cacher cet alcoolisme).

Les répercussions pour l'enfant sont :

- une faible estime de soi
- des difficultés d'exprimer ses émotions
- un déni des besoins personnels
- un manque de discernement dans l'analyse des situations engageant des responsabilités pouvant aller jusqu'au rejet
- une certaine forme d'impulsivité dans les réactions et les actions
- une difficulté à faire confiance et à poursuivre des relations affectives intimes
- un désir exacerbé de tout contrôler et de tout maîtriser.

Fleming et al. (2002) ont examiné l'association entre la présence de facteurs de risque et de facteurs de protection familiaux et l'initiation au tabagisme (les facteurs de risque et de protection mesurés ont été identifiés dans des recherches précédentes comme précurseurs de problèmes comportementaux et/ou liés à un comportement anti-social).

D'autres variables ont été étudiées, elles concernent :

- le contexte familial (parent seul, bon revenu,...)
- le tabagisme des parents
- les caractéristiques de l'enfant : démographiques, attitudes scolaires, comportement anti-social, dépression
- les caractéristiques des pairs : comportement anti-social.

Les résultats de ce travail montrent que les seules caractéristiques de l'enfant prédisant une initiation tabagique précoce sont l'âge, le comportement anti-social et le niveau de dépression. Chaque mesure des facteurs de protection familiaux a une association négative avec l'initiation tabagique.

L'équipe Hollandaise de **H. de Vries** (2003) a réalisé une étude par questionnaire auprès d'une population d'adolescents (n=15.705 – âge moyen : 13,6) issus de six pays européens afin de déterminer quels étaient les facteurs prédictifs de la consommation de tabac des adolescents (les comportements tabagiques des parents, des amis proches et des connaissances vont-ils influencer les comportements des adolescents ?).

Ils concluent que les adolescents sont influencés par les pairs mais également les amis proches dans leurs comportements tabagiques beaucoup plus qu'ils ne le sont par les attitudes parentales.

Dans l'étude menée par **Griesbach et al.** (2003) auprès d'une population d'adolescents âgés de 15 ans et visant à détecter le risque tabagique de ceux-ci, les déterminants de santé reconnus sont :

- la structure familiale (famille normale, monoparentale et/ou recomposée, famille d'accueil)
- les revenus des parents (faible, moyen, élevé)
- l'argent de poche
- les habitudes tabagiques des parents.

Les auteurs concluent que :

- si la famille est unie, il existe moins de chance que l'adolescent fume.
- les revenus familiaux influencent les «le tabagisme» des adolescents dans 3 des 7 pays examinés (Danemark, Finlande et Allemagne versus Autriche, Norvège, Ecosse et Pays de Galle).
- plus les revenus sont bas, plus la consommation est élevée.
- l'argent de poche est significativement associé avec la consommation de tabac (à l'exception du Danemark). En effet, il semble que plus l'adolescent possède de l'argent de poche, plus il aura tendance à fumer.
- si les parents sont eux-mêmes fumeurs, on note une association significative avec la consommation tabagique.

Toutefois, il n'y a pas d'association significative entre la structure familiale et l'argent de poche (ce n'est en effet pas dans les familles à faibles revenus que les adolescents ont le moins d'argent de poche). Il n'y a pas de différence significative entre les sexes.

Les auteurs ont dressé un « profil type de l'adolescent fumeur » : il vit dans une famille recomposée et a beaucoup d'argent de poche; si un des parents est fumeur, le risque est encore accru.

Toutefois, selon les auteurs, le facteur prédominant reste le fait de faire partie d'une famille recomposée.

Pour **Verheijden et al** (2003), des études ont démontré que les déterminants (d'attitude) psycho-sociaux, l'auto-efficacité, la norme subjective et le sentiment de menace perçu sont importants dans la prédiction d'intention de modifier ses comportements alimentaires (en terme de réduction de consommation de graisses).

L'étude qu'ils ont menée avait pour objectif d'évaluer par questionnaire auprès d'une centaine de personnes (n = 105) comment les habitudes de consommation (de graisses) pouvaient influencer les intentions de consommation de graisses au regard de l'attitude (1), de l'auto-efficacité (2), de la norme subjective (3) et du sentiment de menace (4).

Un tableau détaillé en annexe 1 reprend ces quatre items.

Les personnes qui percevaient un degré élevé de norme subjective ou qui bénéficiaient d'un support social plus élevé, présentaient un degré d'intention nettement plus élevé.

Les habitudes sont considérées comme un facteur prédicteur d'intention en interaction avec l'auto-efficacité et le sentiment de menace sur sa santé.

Les auteurs concluent que les habitudes de consommation additionnées à la norme subjective et à d'autres déterminants psycho-sociaux mis le plus fréquemment en évidence sont très importants dans l'intention (prédictive) de changer sa consommation de graisse.

Les auteurs suggèrent donc que les programmes d'éducation nutritionnelle se concentrent plus sur la norme subjective et les habitudes de consommation.

N.B. : La notion de norme subjective est décrite par les auteurs comme étant la perception qu'a la personne de ce qu'attendent les autres de lui par rapport à sa propre consommation de graisses.

3. Actions mises en place par les familles pour conserver/améliorer la santé

Selon **Faoro-Kreit et Hers** (2000), les mécanismes de défense mis en place par les membres de la famille face au problème de l'alcoolisme peuvent être de différents types :

- déni (minimisation de l'alcoolisme) ou fuite (dans le travail, l'école ou de façon plus nocive la drogue ...)
- hyper-responsabilisation de l'enfant qui tente de valoriser le parent : stratégies pour protéger le parent buveur de l'alcool et de ses conséquences, stratégies pour protéger le parent non buveur agressé, prise en charge des frères et sœurs.
- alliance entre les parents et les enfants qui sont souvent perturbatrices, qu'elles soient établies avec le parent buveur ou non buveur (les enfants deviennent bien souvent des confidentes, des alliances à caractère incestueux peuvent parfois émerger...)

Les auteurs signalent que ces réactions se retrouvent lors de tout dérèglement familial important.

Dans le cadre d'un travail de prévention de l'alcoolisme et du tabagisme, **Ennett et al.** (2001) présentent le programme « Family matters ». Ils l'articulent avec un modèle conceptuel qui se base sur les théories de socialisation et du contrôle social.

Les auteurs signalent qu'il est reconnu (Ashery et al, 1998, Spoth et al, 1998 cités par Ennett et al. (2001)) que les interventions de prévention des drogues chez les adolescents sont porteuses si la famille est incluse dans le processus.

Cependant, la plupart de ces interventions incluant la famille se focalisent sur un public cible d'adolescents (et famille) considéré comme à « haut risque ». Les évaluations de ces interventions se focalisent aussi principalement sur les aspects cliniques (Biglan et al, 1998 cités par les auteurs de l'article).

Les auteurs partent du principe que la famille influence globalement le développement de l'adolescent (par exemple, en tolérant l'usage de drogues au sein de la famille, en étant soi-même des parents drogués, etc.(Andrews et al, 1993; Kandel et al, 1987 cités par les auteurs). Ils émettent également l'hypothèse que lorsque l'on inclut la famille, les intervenants (professionnels de santé) peuvent aussi travailler des changements d'attitude des parents vis-à-vis de ces aspects.

La finalité de ce programme est :

- d'aider les parents à prendre conscience (ou à renforcer) qu'ils ont un rôle primordial à jouer en tant qu'éducateur pour la santé
- d'aider la famille consommatrice de ces drogues à arrêter ou diminuer cette consommation

Le programme « Family matters » consiste à :

- envoyer 4 brochures aux parents d'adolescents âgés de 12 à 14 ans
- après chaque envoi d'une brochure, les éducateurs pour la santé contactent par téléphone les parents pour mieux appréhender le style de vie de la famille, leurs idées/avis/habitudes de consommation (au niveau des parents et de leurs adolescents) en matière d'alcool et le tabac
- Ces contacts téléphoniques ont pour but :

- d'aider, si nécessaire, et/ou de consolider les représentations, les changements de comportement des parents et adolescents,
- de développer et/ou améliorer une relation de communication parents-adolescents en vue de promouvoir globalement la santé et plus particulièrement vis-à-vis de l'alcool et tabac.
- rencontrer et travailler (superviser) avec les familles une thématique choisie par les familles (→ pas uniquement des activités centrées sur alcool et tabac). Ces rencontres ont pour but de favoriser des échanges positifs dans la dynamique relationnelle familiale.

Par rapport à la consommation d'alcool et de tabac, les rencontres ont pour but de travailler :

- les éventuels comportements tabagiques et alcooliques des parents,
- les attitudes de tolérance ou non des parents par rapport à l'alcool et au tabac en ce qui concerne la consommation ou non de ces drogues par leurs adolescents
- le rôle des parents en tant qu'éducateurs pour la santé auprès de leurs enfants
- de déterminer comment ils peuvent aider les adolescents consommateurs
- de préciser comment ils peuvent aider l'adolescent à dire non face aux pressions exercées par les pairs et la publicité
- d'aider la famille à discuter entre elle du rôle que tient chaque membre de la famille vis-à-vis du tabac et alcool
- de consolider les savoirs des adolescents concernant les conséquences et risques à court, moyen et long terme de l'usage du tabac et de l'alcool
- de connaître auprès des adolescents les raisons qui les motivent ou pas à consommer ces drogues.

L'évaluation de ce programme montre par exemple que :

- les parents se sentent capables d'encourager les adolescents à ne pas consommer d'alcool ou de tabac, à discuter avec d'autres adolescents comment les pairs et la publicité influencent les comportements (résultats significatifs)
- en fin de programme, les adolescents ont moins d'intention de consommer et/ou ont arrêté toute consommation (significatif)
- on assiste à une augmentation de la supervision des parents et une diminution des attitudes de tolérance des parents face à la consommation (ou à l'intention de) de ces drogues pour leurs adolescents
- si les parents diminuent leur consommation ou arrêtent, les adolescents en font autant
- etc.

4. Aides mises en place pour amener les familles à conserver/améliorer leur santé

La recherche menée par de **Bourdeaudhuij** (2002) s'appuyait sur l'envoi de lettres personnalisées (tailored information) tenant compte des comportements alimentaires déclarés des personnes (évaluation par questionnaire de la consommation réelle, puis envoi d'une lettre d'informations et de conseils personnalisés). L'auteur constate que ces lettres personnalisées sont plus efficaces que les grandes campagnes menées visant une modification des comportements alimentaires.

Certaines familles bénéficient du projet RHC (Raising Healthy Children) (**Fleming et al.** (2002)) : il s'agit d'une étude de l'étiologie de comportements problématiques, aussi bien que d'un test d'intervention préventive, impliquant les enseignants, les parents et les élèves. Dans cette étude concernant les facteurs prédictifs d'initiation tabagique, malheureusement la variable ajoutée représentant la condition expérimentale (càd le groupe bénéficiant du projet RHC) n'a aucunement été associée à une initiation tabagique significative. Il n'y a pas d'évidence que l'intervention RHC a un effet sur la relation entre les caractéristiques familiales et l'initiation.

Litrownik (2000) décrit la mise en place d'un programme de prévention destiné aux jeunes hispaniques issus de familles migrantes aux USA. Ce programme se base sur leurs référents culturels, leur langage, les influences sociales poussant les jeunes à consommer.

En effet, les enfants et plus particulièrement les adolescents de population migrante sont des populations à haut risque de problèmes de santé avec un taux de mortalité plus élevé que dans la population générale.

Les causes sont liées à la pauvreté, à une faible utilisation des services de santé, à des comportements de santé à risque tels que des comportements de violence, une consommation d'alcool et de tabac plus importante que dans le reste de la population.

L'auteur fait référence à l'étude de Wills et Vaughan (1989) où l'on prône l'éducation par les pairs et le travail avec les parents comme support (aide) afin de limiter l'utilisation du tabac et de l'alcool. Les résultats de cette étude ont permis d'objectiver l'aide importante apportée par les groupes de pairs qui a ainsi permis aux adolescents de limiter voire de stopper leur consommation. Cependant, il est important que les membres de ces groupes de pairs ne soient pas eux-mêmes des fumeurs et/ou des alcooliques car dans le cas contraire on risque d'observer une augmentation du taux d'adolescents fumeurs et buveurs.

Litrownik évoque également l'étude de Collins et al (1987) et celle de Stacy et al (1991) : ces auteurs signalent que dans les modèles qui prennent en compte le stress et l'influence sociale, il est important de ne pas perdre de vue qu'un grand nombre de facteurs individuels (le coping, le sentiment d'efficacité, la perception de son estime de soi, la prise de risque, le fait d'être conventionnel ou pas, etc.) et de facteurs situationnels (aide parentale ou aide de groupes de pairs, disponibilité, etc.) sont des éléments dont il faut tenir compte dans toute démarche de prévention et d'éducation pour la santé.

Enfin, l'auteur de cet article signale que la majorité des programmes de prévention tabac et alcool s'articule selon 3 approches différentes :

- les interventions sont basées sur les médias
- la mise en place de programmes de prévention en milieu scolaire
- le « curricula psychosocial »

5. Pistes et recommandations

Pour **Rimal** (2003), Il semble que les campagnes conçues pour modifier les comportements alimentaires des enfants pourraient significativement augmenter leur impact si elles incorporaient aussi des stratégies qui ont pour but d'améliorer les déterminants des comportements des adultes. Il semble que stimuler la communication familiale est également un but important des campagnes de promotion; car comme relevé dans son étude, et de manière générale, les familles qui s'engagent dans des discussions à propos de l'alimentation sont plus enclines à s'engager dans des pratiques alimentaires saines.

Nb: les ménages les mieux éduqués et les mieux nantis étaient plus enclins à s'engager dans des discussions sur la santé.

De Bourdeaudhuij (1996) conclut qu'il faudrait impliquer davantage les familles lors de la mise en place et la réalisation de programme d'éducation nutritionnelle. Ceci s'applique également, dans une moindre mesure, à la consommation de tabac et d'alcool.

Toujours selon de **Bourdeaudhuij** (1998), les intervenants de promotion de la santé doivent reconnaître la nécessité d'impliquer la famille entière pour l'implantation et le maintien d'une alimentation saine dans les familles avec les adolescents.

La combinaison des programmes d'éducation sanitaire s'adressant à l'école d'une part et à la famille d'autre part, modifierait plus efficacement les comportements sanitaires que les interventions réalisées uniquement dans le strict contexte scolaire.

Selon les auteurs **Komro et al.** (2002), les praticiens sont encouragés à inclure les composantes familiales dans leurs efforts de prévention du comportement tabagique auprès des jeunes. Les stratégies de prévention devraient inclure toute la famille. Enfin, ces stratégies, qui incluent une composante parentale, devraient tenir compte des éléments permettant d'influencer les normes et les attitudes parentales, aussi bien que leurs comportements.

Au terme de leur étude, **De Vries et al** (2003) émettent les recommandations suivantes :

- le fait de fumer n'est pas uniquement déterminé par des mécanismes de pression exercés par les pairs,
- les auteurs ont découvert que les adolescents expérimentent la cigarette sans avoir une idée précise des conséquences du tabac sur leur santé, leur vie sociale, etc.
- Selon les auteurs, l'utilisation des approches motivationnelles pour renforcer les comportements non fumeurs sont moins applicables dans le champ de la prévention tabagique que ce qui avait été prévu auparavant. Il faudrait plutôt privilégier les modèles psychologiques pour développer des programmes de prévention porteurs d'effets (Kremers et al., 2003 cités par De Vries). Dans le futur, il est nécessaire de mieux comprendre le processus « fumer » en vue d'identifier le moment de l'expérience de la cigarette et ainsi proposer des stratégies porteuses pour permettre l'arrêt du tabac. Il faut également inclure les parents dans les futurs programmes de prévention du tabac.

- Il est impératif que la prévention du tabac soit une priorité inscrite dans les politiques de l'UE et des états membres ainsi qu'au niveau international afin de permettre d'avoir un contrôle de ces politiques « tabac ». Il faut donc dégager des fonds à ces différents niveaux de manière à intensifier les collaborations entre les états pour développer et tester des programmes de prévention du tabac qui pourraient être utilisés concrètement par les états et veiller à adapter les programmes en fonction des publics cibles.

Litrownik (2000) propose d'étendre le programme de prévention (alcool et tabac) à l'ensemble de la famille (pas uniquement celle vivant sous le toit de l'adolescent) et tout particulièrement de permettre à cette famille d'apprendre ou de réapprendre à communiquer avec le jeune.

Il insiste également sur la nécessité de tenir compte des aspects multi-culturels, ethniques véhiculés par la cellule familiale.

Il faut rester conscient du fait que l'adolescent a une perception du rôle et de la place qu'il occupe au sein de la famille qui est souvent différente de la perception qu'ont ses parents du rôle de l'adolescent et de sa place dans la famille (perception plutôt négative par l'adolescent de sa famille).

Fleming et al. (2002) expliquent l'importance de favoriser les interactions entre les parents et les enfants en les encourageant à s'impliquer davantage dans les actions anti-tabac menées en milieu scolaire.

De plus, des interventions précoces auprès des enfants présentant des symptômes dépressifs ou antisociaux ou dont les parents fument sont nécessaires.

Faoro-Kreit et Hers, (2000), suggèrent d'informer et de former les enseignants mais aussi les intervenants de l'enfance aux problèmes liés à l'alcoolisme. Ainsi mieux armés, ils pourront aider les enfants vivant des « situations d'alcoolisme » à mieux analyser leur situation, à communiquer leurs émotions et angoisses et à chercher à apporter voire adopter des solutions (in Emshoff J.G et al. cités par Faoro-Kreit). Echanger avec d'autres enfants qui vivent des situations similaires leur permettra de rompre l'isolement social, les tabous et de retrouver confiance en leurs capacités. Les auteurs suggèrent également de créer des lieux relais pour la famille et ainsi de donner aux enfants la possibilité de rencontrer des adultes responsables et avertis qui peuvent les « restituer » à leur place d'enfant et ainsi mieux assurer leur protection. Il faut veiller à favoriser une relation de confiance avec les enfants mais aussi avec les parents où les rejets, les blâmes n'ont guère de place. Pouvoir évoquer leur souffrance peut diminuer les réactions défensives. Il faut également profiter de ce qui existe encore comme relation entre les parents et les enfants pour les motiver à entreprendre un traitement. Il faut aussi veiller à ne pas faire intervenir les enfants directement dans le traitement à cause du risque de renforcer la position d'aide des enfants et de brouiller les limites que chacun doit se mettre.

Pour **Hers** (2000), seule une intervention tierce imposant une restructuration de l'organisation familiale et professionnelle peut débloquer une situation amenée à un point de rupture. L'alcoolisme développé dans le contexte de l'entreprise familiale signe

souvent l'échec du développement simultané, sur un même territoire, des investissements affectifs et professionnels. L'alcoolisme a permis durant un temps de ne pas tenir compte de cette impasse, la guérison impose un changement d'orientation dans la vie familiale ou professionnelle et donc une perte à l'un ou à l'autre niveau.

6. Conclusions

Au terme de ce travail, force est de constater que ce soit aussi bien dans le cadre d'éducation nutritionnelle, que dans celui d'une démarche de prévention visant à modifier des habitudes tabagiques ou de consommation d'alcool, les auteurs consultés recommandent une démarche de prévention globale au sein de toute la cellule familiale. Certains auteurs suggèrent même de « profiter » des actions déjà menées en milieu scolaire et d'établir ainsi un parallélisme, en y incluant bien entendu les parents.

En effet, il est illusoire de centrer tout effort de prévention uniquement vers l'individu quand il s'agit de promouvoir des comportements alimentaires sains ou de lutter contre le tabagisme ou l'alcoolisme.

Toutefois, on ne peut pas travailler les « comportements alimentaires » de la même façon que les « comportements tabagiques et/ou alcooliques ».

En effet, les comportements diététiques adéquats se mettent bien souvent en place au sein de toute une famille, et ce dès le plus jeune âge. Bien sûr, des variables familiales existent mais il semble que les choix alimentaires et les habitudes de consommation sont conditionnés par le mode de fonctionnement des parents et par leurs habitudes alimentaires héritées de leur propre famille.

Dans le cas du tabagisme et de l'alcoolisme, certes les comportements des parents et de la famille en général vont influencer les habitudes de consommation des enfants (initiation précoce, restrictions et/ou interdits, renforcement positif ou négatif, ...) mais des travaux montrent que l'influence la plus importante, au fur et mesure que l'enfant grandit, est celle des pairs.

Enfin, toute action d'éducation à la santé visant à modifier des comportements alimentaires au sein d'une même famille impliquera davantage l'ensemble de la famille (implications diverses, nombreuses interactions, etc..). Il n'en va pas de même quand il s'agit de modifier des habitudes de consommation tabagique ou alcoolique.

Afin de réaliser une action porteuse ou un programme de promotion pour la santé efficace, il faut également tenir compte d'une part de facteurs psycho-sociaux (coping, sentiment d'efficacité, perception de l'estime de soi, reconnaissance de prise de risque, le fait d'être conventionnel ou pas, etc.) et d'autre part de facteurs situationnels (aide parentale, soutien affectif, existence de groupes de pairs, « réceptibilité » des membres de la famille). On ne peut également faire fi des aspects éthiques, culturels et communautaires fort prégnants dans certaines familles, ...gage de réussite !

Dans le décours de ce travail, aucune définition précise de la « santé familiale » n'a été recensée ; toutefois, ce concept est appréhendé par les auteurs à travers les comportements de chaque membre de la famille, de son mode de fonctionnement, de la dynamique familiale instaurée, du type de communication intra-familiale, etc...

Tous ces aspects retentissent sur la santé familiale !

Travailler avec « les familles » est une bonne manière d'envisager l'éducation pour la santé en général. Cependant, d'autres recherches devront être menées afin d'améliorer davantage la compréhension des interactions diverses existantes au sein des familles, et qui conditionnent de nombreux comportements de santé.

7. Bibliographie

De Bourdeaudhuij I., (1996), Resemblance in health behaviours between family members, *Arch Public Health*, 54, pp 251-273.

De Bourdeaudhuij I., (1997), Perceived family members' influence on introducing healthy food into the family, *Health Education Research*, Vol. 12, n°1, pp 77-90.

De Bourdeaudhuij I., Van oost P., (1998), Family members'influence on decision making about food : differences in perception and relationship with healthy eating, Nov/Dec 1998, Vol. 13, n° 2, pp 73-81

De Bourdeaudhui I., Brug J., Vandelanotte C., Van Oost P., (2002), Differences in impact between a family-versus an individual-based tailored intervention to reduce fat intake, *Health Education research*, Vol. 17, n° 4, pp 435-449.

De Vries H., Engles R., Kremers S., Wetzels J., Mudde A., (2003), Parents' and friends' smoking status as predictors of smoking onset : findings from six European countries, *Health Education Research*, Vol. 18, n°5, pp 627-636.

De Vries H., Mudde A., Leijts I., Charlton A., Vartiainen E., Buijs G., Clemente M.P., Storm H., Gonzalez Navarro A., Nebot M., Prins T., Kremers S., (2003), The European smoking prevention framework approach (EFSA) : an example of integral prevention, *Health Education Research*, Vol. 18, n° 5, pp 611-626.

Ennett S.T, Bauman K.E., Pemberton M., Foshee V.A., Chuang Y-C., Kings T.S., Koch G.G. (2001), Mediation in a family-directed program for prevention of adolescent tobacco and alcohol use, *Prevention Medicine*, 33, pp 333-346.

Faoro-Kreit B., Hers D.,(2000), L'enfant dans la famille alcoolique, L'alcoolique en famille : dimensions familiales : dimensions familiales des alcoolismes et implications thérapeutiques, Collection Oxalis, Edition De Boeck Université, 312 pages.

Fleming C.B., Hyoshin K., Harachi T. W., Catalano R.F., (2002), Family processes for children in early elementary school as predictors of smoking initiation, *Journal of Adolescent Health*, 30, pp 184-189.

Glouberman S., Millar J., (2003), Evolution of the determinants of health, health policy, and health information systems in Canada, *American Journal of Public Health*, March 2003, Vol. 93, n°3, pp 388-392.

Griesbach D., Amos A., Currie C., (2003), Adolescent smoking and family structure in Europe, *Social Science & Medicine*, 56, pp 41-52.

Hers D., (2000), Alcoolisme et entreprise familiale, , L'alcoolique en famille : dimensions familiales : dimensions familiales des alcoolismes et implications thérapeutiques, Collection Oxalis, Edition De Boeck Université, 312 pages.

Kardia S.L.R., Pomerleau C.S., Rozek L.S., Marks J.L., (2003), Association of parental smoking history with nicotine dependence, smoking rate, and psychological cofactors in adult smokers, *Addictive behaviors*, 28, pp 1447-1452.

Komro K. A., McCarty M.C., Forster J.L., Blaine T.M., Chen V., (2003), Parental, Family, and Home Characteristics associated with cigarette smoking among adolescents, *American Journal of Health Promotion*, May/June 2003, Vol. 15, n° 5, pp 291-299.

Litrownik A.J., Elder J.P., Campbell N., Ayala G. X., Slymen D.J., Parra-Medina D., Zavala F.B., Lovato C.Y., (2000), Evaluation of a tobacco and alcohol use prevention program for Hispanic migrant adolescents : promoting the protective factor of parent-child communication, *Preventive Medicine*, 31, pp 124-133.

Millet P., (1997), Family structure, personality, drinking, smoking and illicit drug use : a study of UK teenagers, 45, pp 121-129.

O'Byrne K.K., Haddock K., Poston W.S.C.,(2002), Parenting style and adolescent smoking, *Journal of Adolescent Health*, 30, pp 418-425.

Potvin L., Eisner K., (1995), *Enfant et Famille : la promotion de la santé – une affaire de famille*, Transition, publié par l'institut Vanier de la famille, juin 1995.

Rimal R.N., (2003), Intergenerational transmission of health : the role of intrapersonal, interpersonal, and communicative factors, *Health Education & Behavior*, Feb 2003, Vol. 30 (1), pp 10-28.

Schopper D., Ammon C., Ronchi A., Rougemont A., (2000), *Social Science & Medicine*, 51, pp 335-342.

Schwandt P., Geib H.C., Ritter M.M., Ublacker C., Parhofer K.G., Otto C., Laubach E., Donner M.G., Haas G-M., Richter W.O., (1999), The prevention education program (PEP). A prospective study of the efficacy of family-oriented life-style modification in the reduction of cardiovascular risk and disease : design and baseline data, *J Clin Epidemiol* , Vol. 52, n°8, pp 791-800.

Starfield B., Shi L. (2002), Policy relevant determinants of health : an international perspective, *Health Policy*, 60, pp 201-218.

Steptoe A., Phil D., Wardle J., Cui W., Bellisle F., Zotti A-M., Baranyai R., Sanderman R., (2002), Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries, 1999-2000, *Preventive Medicine*, 35, pp 97-104.

Verheijden M.W., van der Veen J.E., van Zadelhoff W.M., Bakx C., Koelen M.A., van den Hoogen H.J.M., van Weel C., van Staveren W.A., (2003), Nutrition guidance in Dutch family practice : behavioural determinants of reduction of fat consumption, *Am J Clin Nutr*, 77 (suppl), pp 1058S-1064S.

Videon T.M., Manning C., (2003), Influences on adolescent eating patterns : the importance of family meals, *Journal of adolescent health*, 32, pp 365-373.

8. Annexe

Table 1 in Am J Clin Nutr 2003; 77 (suppl) 1058S-64S, Veheijden M.W. et al

1060S

VERHEIJDEN ET AL

TABLE 1

Demographic variables, habits, and scores (-2, 2) for attitude, self-efficacy, subjective norm, and health threat for Dutch patients at elevated cardiovascular risk with a high or a low intention to reduce fat consumption separately

	Intention to reduce fat consumption	
	Low (n = 42)	High (n = 63)
Treatment group (% intervention group)	45	52
Male (%)	38	21
Age (% >60 y)	46	50
Habits		
Total fat intake 15 mo before the study (% of energy)	43.4 ± 5.8	41.7 ± 5.5
Saturated fat intake 15 mo before the study (% of energy)	15.7 ± 2.2	15.1 ± 2.6
Attitude (score)		
1. If I eat less (saturated) fat, I feel fit.	0.5 ± 1.1	0.5 ± 1.2
2. By consuming less (saturated) fat, I increase my life expectancy.	1.0 ± 1.0	1.2 ± 1.0
3. To me, an important advantage of reducing my fat consumption is that it might lead to weight loss.	1.0 ± 1.0	1.0 ± 1.2
4. A diet with less fat tastes good.	0.2 ± 1.9	0.6 ± 1.2 ²
5. Low-fat foods make me feel satisfied.	0.7 ± 1.3	0.7 ± 1.1
6. If I want to consume a diet with a low fat content, it is not difficult to dine out.	0.2 ± 1.2	0.3 ± 1.3
7. Eating less (saturated) fat is good for my health.	1.2 ± 0.9	1.2 ± 0.3
8. Foods with a lower fat content are not expensive.	-0.1 ± 1.3	-0.6 ± 1.2 ²
Health-related attitude (items 1-3)	0.8 ± 0.8	0.9 ± 0.9
Practical consequences-related attitude (items 4-6)	0.3 ± 0.8	0.5 ± 0.9
Self-efficacy (score)		
1. I can even resist foods such as cheese, chocolate, and cookies.	-0.2 ± 1.3	0.04 ± 0.3
2. I am able to prepare a meal with a low fat content.	1.0 ± 1.2	1.1 ± 1.1
3. In a restaurant, I am able to pick something from the menu with a low fat content.	0.2 ± 1.3	0.4 ± 1.3
Subjective norm (score)		
1. My family does not mind eating a dish with less (saturated) fat.	0.2 ± 1.3	0.8 ± 1.1
2. My friends support me in reducing my fat intake.	-0.3 ± 1.4	0.1 ± 1.4
3. At parties, or while visiting friends, no one is displeased if I refuse a piece of cake or a sausage.	0.7 ± 1.3	0.7 ± 1.3
Health threat (score)		
1. I'm afraid I'll get ill if I eat much (saturated) fat.	0.4 ± 1.3	0.3 ± 1.4
2. If I consume too much fat, I can get very ill.	0.8 ± 1.0	1.0 ± 1.1
3. By lowering my (saturated) fat consumption, I reduce the chance of getting cardiovascular diseases or cancer.	1.3 ± 0.9	1.5 ± 0.7
Health threat (items 1-2)	0.6 ± 1.0	0.6 ± 1.1

¹ $\bar{x} \pm SD$.² Significantly different from low, $P < 0.05$