



**OBÉSITÉ : IL Y A URGENCE** en p. 2 à 6

## L'obésité chez les jeunes : il y a urgence

**L**e 9 mars dernier, au Waux Hall de Nivelles, avait lieu une conférence intermutualiste (Mutualité chrétienne – Mutualité socialiste) consacrée à l'obésité chez les jeunes. Et il est vrai que les synergies sont à prendre à bras le corps. C'est ce qui a poussé les deux mutualités à prendre cette initiative suivie par près de 300 personnes.

Après le mot d'accueil de M. Cheniaux, Secrétaire général des Mutualités socialistes du Brabant wallon, le Dr Myriam Vandeweyer, pédiatre, et M<sup>me</sup> Bolterys, diététicienne, ont précisé l'ampleur du problème : la prévalence de l'obésité est en constante augmentation, elle a été multipliée par 4 ou 5 depuis les années 60. Chez nous, le chiffre de 16 % d'enfants obèses est maintenant avancé. Ce constat est alarmant d'autant que les traitements actuels n'ont que peu de résultats et que l'obésité chez l'enfant peut entraîner de graves complications à l'âge adulte. Il convient donc de privilégier la prévention par le recours à une alimentation équilibrée. A cet égard, un outil de sensibilisation est maintenant largement répandu : la fameuse pyramide alimentaire.

### La prévention à l'école...

Un des lieux de prévention de l'obésité est le milieu scolaire. C'est ce qu'a expliqué M<sup>me</sup> Houioux, du Cabinet de la Ministre Maréchal en présentant le projet des "Motivés" développé au niveau de la Communauté française. Cette campagne de sensibilisation tourne autour de trois axes : l'alimentation (prendre 4 repas par jour), l'activité physique (se dérouiller les jambes toutes les deux heures) et le sommeil (dormir 10 h par nuit).

Comme l'a précisé également M<sup>me</sup> Valange directrice des PSE libres du Brabant wallon, la prévention, qui est une des missions fondamentales des Services de Promotion de la santé à l'École, est primordiale. Ainsi, avec l'ONE, ce sont les PSE qui, grâce à leur dépistage lors des visites médicales, peuvent repérer une évolution pondérale anormale et informer les parents et le médecin traitant. Au delà du dépistage, les PSE ont aussi une mission éducative au sein des écoles (voir le texte de son intervention en p. 4).

### ... et au sein de la famille

Si l'école est un lieu important pour prévenir l'obésité, le cercle familial n'est

pas à négliger. C'est ce que prônait M<sup>me</sup> Chauvaux. En effet, il ne faudrait pas oublier le rôle important des parents en matière d'éducation et d'habitudes nutritionnelles. Un petit déjeuner correct évite la fringale à 10 h, si l'enfant mange à la cantine de l'école il est inutile de lui donner à nouveau un repas complet le soir, etc.

Enfin, l'exposé de M<sup>me</sup> Guzman, abordant plus spécifiquement l'aspect psychologique de l'obésité, fut particulièrement remarqué (voir l'article de Carine Maillard dans ce numéro).

Comme l'a souligné M. Detienne, Directeur régional de la Mutualité chrétienne du Brabant wallon, s'il est important de sensibiliser les parents et les enseignants à leur rôle d'éducateur, il est aussi primordial de développer les initiatives convergentes, comme cette soirée, qui peuvent réellement mobiliser autour d'une thématique aussi vitale. Les deux mutualités n'en resteront évidemment pas là : d'autres initiatives seront prises prochainement.

Eric Jauniaux, Infor Santé Mutualité chrétienne du Brabant wallon

## Un instinct de survie ?

**S**'il est un domaine où les mentalités évoluent, c'est bien celui de l'obésité. Récemment reconnue comme une maladie, sa dimension psychologique est peu à peu prise en compte.

Le discours tenu encore aujourd'hui, jusque dans le corps médical, consiste à fustiger les obèses, à les culpabiliser de manger trop et à les accuser de ne pas être capables de corriger leurs mauvaises habitudes alimentaires.

Heureusement, une dimension essentielle de l'obésité commence à être reconnue : la dimension psychologique, très pesante, sans mauvais jeu de mots, sur les obèses. Elle est présente tant dans le processus de prise de poids que dans le vécu de l'obésité au quotidien et même après la perte de poids.

Comme l'explique Elda Guzmán, psychologue à la Clinique des Clairs Vallons, un centre médical pédiatrique brabançon qui

prend en charge, entre autres, les jeunes obèses, la nourriture revêt un fort caractère symbolique de plaisir : « Beaucoup de gens considèrent qu'un enfant qui mange beaucoup est un enfant heureux, comblé. Ces personnes ont des difficultés à revoir cette valeur. De plus, elles refusent tout changement qui pourrait diminuer ce plaisir, comme une alimentation plus équilibrée. »

Chacun sait que les enfants veulent d'abord satisfaire leur plaisir, notamment par la nourriture : les sucreries donnent plus de plaisir que les légumes, hélas... « Donc les parents doivent mettre des barrières, frustrer. Or, si les parents ne savent pas dire non, l'enfant va vivre mal toute frustration. Il n'aura pas de limites et croira qu'il peut avoir tout ce dont il a envie, sans se poser de questions. Aussi, notre travail consiste à lui faire comprendre qu'il doit aussi penser à l'avenir et aux conséquences. De même, nous prouvons

aux parents que c'est positif pour l'enfant de ne pas recevoir tout ce qu'il veut. »

Autre élément qui revient, la démission de certains parents face à la tâche bien complexe et éprouvante d'éduquer : « Les parents craquent de plus en plus. Nous sommes dans une période de grands chamboulements : travail des deux parents, stress, tiraillements, fatigue, familles recomposées... Souvent nous voyons des parents dépassés parce qu'ils ont mal commencé l'éducation de leur enfant, sont trop fatigués pour affronter ses cris et ses pleurs face à un refus, finissent par céder et laissent l'enfant devenir un enfant roi qui n'accepte pas que la vie soit aussi faite de frustrations. Ils n'ont pas l'énergie nécessaire pour passer du temps avec leurs enfants, pour leur apprendre différentes sources d'intérêt. Ensuite, ces enfants ne veulent pas grandir et deviennent des adolescents qui restent dans ce schéma plus « enfant » de la

satisfaction du plaisir immédiat, notamment par la nourriture. »

## Gaver l'enfant pour combler le manque des parents

Le rôle des parents peut aussi être beaucoup plus insidieux. « *Je vois parfois des parents qui donnent à leur enfant des sucreries, des gaufres à longueur de journée. Il faut dès lors se poser la question de savoir pourquoi ils sont contents de voir leur enfant manger en permanence. Donc s'interroger sur leur propre fragilité en tant qu'adultes. Beaucoup de parents d'enfants obèses ou en surpoids, et surtout des mamans, vivent avec une grande anxiété, voire dépression face à une réalité difficile ou des traumatismes très importants. Il s'agit de parents qui ont des difficultés à assumer et gérer leur fragilité, la cachent mais s'écroulent parfois devant leurs enfants ; ceux-là attendent inconsciemment beaucoup de l'enfant, qu'il porte avec eux leur tristesse. Dans des cas de grande obésité, je constate souvent que les parents traînent derrière eux un passé très lourd, avec des deuils qui n'ont pas été faits, des chagrins très importants auxquels ils ne font pas face, contre lesquels ils luttent, et l'enfant prend trop de place comme consolateur. »*

C'est le cas aussi des parents qui ne voient de raison de vivre que dans leurs enfants. « *Certains vont laisser passer, implicitement, vers l'enfant des messages contradictoires, comme 'tu dois maigrir, mais tu ne peux pas me blesser en refusant de manger ce que je te prépare avec amour', ou 'tu dois grandir, mais surtout ne me quitte pas, je pourrais déprimer'. Les parents vont donc donner à leur enfant un rôle qui n'est pas le sien, il peut même devenir leur confident, surtout si la relation du couple est difficile. C'est l'enfant pris en otage ou l'enfant bouclier. »*

## S'autonomiser, pour se détacher

Les enfants sont des êtres à part entière et progressivement, ils doivent acquérir leur autonomie par l'éducation. Or, de telles attitudes des parents compromettent ce processus, l'enfant joue un rôle trop lourd dans la famille et se demande souvent ce qui arriverait s'il n'était pas là...

Cette incapacité des parents à soutenir leur enfant dans un processus positif de maturation et de prise d'autonomie peut prendre deux formes opposées : « *soit c'est l'hyperprotection, avec un enfant qui ne peut rien expérimenter, se sent bon à rien ; soit c'est la négligence, l'enfant s'occupant seul, se nourrissant seul, regardant la TV de longues heures, et qui va perdre confiance en lui, croyant qu'il ne mérite pas l'intérêt de ses*

*parents. Dans les deux cas, ces enfants ne sont pas aidés à vivre des expériences, à être curieux et prendre confiance. »*

Face à ce manque de confiance, l'enfant aura donc tendance à rester dans un schéma qu'il connaît, parce qu'il s'y sent sécurisé. Il va éviter les activités à l'extérieur et les parents ne vont pas l'y encourager, le laissant dans un monde d'enfant avec ses avantages. « *L'enfant va régresser, ne va pas trop se tracasser, va éviter les conflits de relations puisqu'il n'a pas de relations sociales, ne va pas risquer d'être mauvais en musique ou en sport puisqu'il ne pratique pas. Bref, il ne va plus rien investir, et les parents non plus. Il va trouver un réconfort dans le fait de rester un éternel enfant avec moins de tensions liées au monde de l'adulte ou de l'adolescent, avec la sexualisation, les chagrins d'amour. Il postpose, évite, s'amuse avec des plaisirs très immédiats, en masquant au fond de lui-même une grande insécurité, une grande souffrance. »*

L'enfant obèse trouve un apaisement dans le fait d'avoir toujours quelque chose en bouche. Certains, nous confie Elda Guzmán, avouent que le fait de manger beaucoup, à un moment donné, les coupe de tout : ils ne pensent plus à rien, ni à leur insécurité, ni aux conflits familiaux. Leurs kilos en trop sont comme un rempart qui les protège de tout.

## Altruisme et auto-violence

Dans des familles où l'autonomie est refusée aux enfants ou dans lesquelles ils sont impliqués dans un rôle qui n'est pas le leur, des frères et sœurs peuvent réagir différemment. Certains vont rejeter cette famille, d'autres se prouver leur valeur par exemple en brillant en classe. Et puis il y a ceux qui vont se consoler par la nourriture. Alors peut-on prévoir l'attitude d'un enfant ? Probablement pas, mais les spécialistes ont constaté des traits de caractère récurrents chez les enfants obèses : « *Je constate qu'ils pensent beaucoup à l'autre, sont très serviables. Même en famille, ils subissent, s'occupent des autres, les font rire. Ce qui est frappant aussi, c'est qu'ils se connaissent mal eux-mêmes, ne savent pas toujours ce qu'ils ressentent. C'est donc difficile pour eux de s'occuper d'eux-mêmes. De plus, ils ont souvent une estime très basse d'eux-mêmes.*

*Je me souviens d'un enfant qui me disait que lorsqu'il mangeait, il se remplissait comme un sac poubelle. Dans sa logique, pourquoi s'occuper de son corps ? Son corps ne vaut pas grand chose, donc il ne vaut pas grand chose... Ce sont aussi des enfants très peu agressifs vers l'extérieur. Pourtant, nous avons tous une agressivité, parfois, à exprimer... Toute la tension, la colère qu'ils ressentent et ne sortent pas, ils vont les calmer en mangeant. Donc,*

*inconsciemment, ils la retournent contre eux. Et puis ils se dénigrent, pensent qu'ils ne valent rien. C'est le cercle vicieux : ils se remplissent encore plus parce qu'ils craquent. »*

## Choisir le moment pour maigrir

L'aspect psychologique va aussi jouer au moment de chercher une solution pour perdre ce poids qui peut faire si mal. Et l'enfant a besoin de beaucoup d'aide... « *C'est difficile de se faire du mal : un régime, même s'il ne prône pas les restrictions drastiques, est une source de frustration. Pour peu qu'il soit en souffrance émotionnelle, l'enfant éprouvera beaucoup de difficultés. Aussi, parallèlement au régime alimentaire, il doit être accompagné par l'adulte dans la découverte d'autres sources de plaisir, s'y investir pour augmenter sa confiance en lui, établir des relations avec les autres, se donner des chances de se sentir mieux dans sa peau, être plus en paix au niveau de ses émotions, s'apprécier un peu plus lui-même et se dire 'maintenant je suis plus fort et j'y vais doucement'. Les parents doivent l'y aider en le poussant à se socialiser, à pratiquer des activités pour lesquelles il a des aptitudes, à lui laisser un espace individuel où il arrive à avoir une relation positive avec les autres. Le projet de perte de poids devient ainsi un projet "familial", et non pas seulement individuel, et éducatif, et non seulement diététique.*

C'est un grand défi, car les parents doivent accepter de changer le mode de fonctionnement de la famille. Malheureusement, bon nombre d'entre eux considèrent encore que l'obésité de leur enfant est son problème personnel et qu'il doit s'en sortir seul. « *Je suis régulièrement confrontée à un rejet des parents qui n'ont pas envie de remettre en question leurs habitudes et leur façon d'être en relation avec la famille. Or, s'ils ne veulent pas revoir leur attitude, l'enfant qui a perdu du poids ici risque d'en reprendre dès son retour à la maison. »*

## Perdre une carapace protectrice

Si l'enfant parvient à maigrir, curieusement, il n'en sera pas nécessairement plus heureux... Car les kilos en trop peuvent constituer un rempart contre les sentiments de frustration, de tristesse, d'angoisse. Et perdre ce rempart, c'est être plus fragile. « *Les enfants qui commencent à perdre du poids me parlent de l'instabilité que cela provoque, parce qu'ils perdent leurs défenses »,* confirme Elda Guzmán. « *Ensuite, quand le corps perd de nombreux kilos, il est plus sain, mais il n'est pas nécessairement plus beau. Ces enfants doivent donc gérer la frustration de ne pas atteindre le corps idéal qu'ils imaginaient. Enfin, ils peuvent devenir différents en famille, ce qui provoquera des change-*

ments dans la relation parents-enfant, voire provoquer des conflits.

Certains parents avouent en effet avoir du mal à accepter que leur enfant refuse d'être resservi. L'enfant qui perd du poids va aussi commencer à attirer les regards. Du coup, il va prendre plus d'autonomie, va commencer à sortir plus, et les parents vont peut-être ne pas aimer. Ils vont voir que leur enfant, en étant plus autonome, non seulement leur échappe, mais qu'il apporte un peu plus de problèmes, avec les flirts, les sorties, etc. Voyant toutes les tensions que ces changements peuvent induire, l'enfant peut être bloqué dans son évolution. »

Curieusement, les enfants obèses ont une relation très paradoxale avec la nourriture : ils l'aiment parce qu'elle leur fait du bien, leur

donne un sentiment de protection, et en même temps ils la détestent car elle induit un sentiment de culpabilité très fort. Faut-il dès lors réconcilier les jeunes avec la nourriture ?

« Il est vrai que je vois des enfants qui ne goûtent pas ce qu'ils mangent : ils mâchent à peine et avalent sans apprécier le goût. Je crois effectivement qu'il faut les réconcilier avec la nourriture et le plaisir qu'elle peut leur procurer. Mais pour y arriver, il faut les déculpabiliser, les aider à comprendre pourquoi ils mangent autant. Les enfants sont accusés d'être incapables de se contrôler, ils subissent une pression énorme de l'entourage, ils se méprisent. Il s'agit donc de leur donner une lecture plus complexe sur ce qui les pousse à manger autant, de leur faire comprendre qu'ils y participent, mais ne

portent pas la responsabilité de quelque chose qui s'est construit autour d'eux. »

Pour conclure, Elda Guzmán explique : « L'obésité n'est pas une réalité dépourvue de sens, elle représente une tentative d'adaptation du jeune à une situation relationnelle complexe. Elle va donc l'aider à maintenir l'équilibre familial (en rassurant la mère sur le fait qu'elle est une bonne mère, en rassemblant le couple, en détournant l'attention des sources de tension...) et individuel par l'acte de manger. »

L'obésité peut dès lors être considérée comme un moyen de survie de l'enfant, face à une situation qu'il ne peut changer seul. Qui dira encore que les gros sont gros parce qu'ils le veulent ?

Carine Maillard

## L'obésité de l'enfant vue par un service PSE

Toutes les personnes qui ont été des enfants ronds ou gros se souviennent certainement avec amertume des douloureux passages à la visite médicale où l'infirmière semblait vociférer votre poids sous les regards indignés et railleurs des copains.

Le cliché des visites médicales impersonnelles et parfois indélicates a heureusement évolué : le personnel plus spécialisé, mieux formé, les années d'expériences et de remises en question nous ont appris à être plus discrets qu'il y a 30 ans et respectueux du vécu des enfants.

### Rôle du service PSE

Notre premier rôle est avant tout le **dépistage**.

Nous sommes, avec l'ONE les premiers à pouvoir repérer une évolution pondérale anormale et évaluer les risques possibles surtout si d'autres anomalies de santé sont présentes en plus de l'excès de poids.

Nous sommes particulièrement attentifs à deux périodes critiques : dans la petite enfance lorsque l'enfant rentre à l'école gardienne, il maigrit normalement après avoir passé le stade du bébé dodu (voir grille d'indice de Quetelet) et à la puberté (âge où les réserves de masse grasse emmagasinées pendant la croissance doivent être terminées).

Notre travail de dépistage et d'analyse ne peut être vraiment efficace qu'en collaboration avec l'ONE, l'école, le médecin traitant et la famille pour comprendre dans quel environnement l'enfant évolue.

Nous avons ensuite un rôle **d'éducation**.

Notre mission est d'informer et dans ce cas précis d'éduquer ou de rééduquer à la bonne alimentation, de promouvoir l'exercice physique et d'essayer entre autres de combattre les pièges de la publicité manipulatrice.

### Dépistage de l'obésité à la visite médicale

Voici quelques constatations de nos services PSE.

Lors du bilan de santé, un enfant sur deux présente un petit problème de santé que nous signalons aux parents, un enfant sur 10 présente un problème plus important qui nécessite une visite chez le médecin ou le spécialiste.

Nous disposons de très peu de données épidémiologiques en Belgique. A notre modeste niveau de PSE libres du Brabant wallon, nous avons toujours tenu des statistiques relevant les anomalies de notre population scolaire dépistées à la visite médicale et nous avons créé en 1994 avec l'aide d'un informaticien un programme « maison » adapté à nos besoins.

Ce programme prévoit entre autres de relever toutes les anomalies de santé dépistées lors des bilans de santé.

Bien que personne en dehors de nos équipes ne se soit jamais intéressé à ces chiffres, nous persistons à vouloir faire ce relevé, car c'est un peu pour nous l'aboutissement et le reflet de l'utilité de notre travail et cela nous a toujours aidé à orienter notre action de promotion de la santé.

Ainsi, l'année scolaire dernière, sur 12.507 bilans de santé de nos services de Wavre et Nivelles, nous avons dépisté 7 % d'enfants souffrant d'obésité importante.

Nous disposons de plusieurs moyens en médecine préventive pour déterminer un excès de poids :

- le type morphologique déterminé par le coup d'œil du médecin scolaire qui donne la première indication ;
- les abaques qui calculent pour tous de façon très rapide les courbes de la taille selon l'âge et du poids selon la taille ;

### Dépistage de l'obésité au cours de l'année scolaire 2002 - 2003

Section	Nombre visites médicales	Nombre de cas d'obésité	%
Maternelles	2 691	45	1,7 %
Primaires	4 984	298	6 %
Rénové	3 179	238	8 %
Technique	244	35	15 %
Professionnel	644	124	20 %
Sup. non univ.	484	72	15 %
Spécial primaire	281	40	15 %
<b>Total</b>	<b>12 507</b>	<b>852</b>	<b>7%</b>

Source : PSE libres Nivelles et Wavre

- la courbe d'indice de Quételet qui évalue l'évolution de la masse grasse.

Nous employons cette courbe pour les enfants souffrant d'excès de poids de façon à pouvoir comparer les grilles de visites en visites.

Notre attention est accrue lorsqu'en plus de l'excès de poids, l'enfant présente un autre problème de santé : hypertension, diabète...

Pour rappel, nous pesons et mesurons les enfants des écoles environ tous les deux ans depuis l'âge de 3 ans et les dossiers des services PSE suivent l'enfant durant toute sa scolarité même s'il change plusieurs fois d'école, quel qu'en soit le réseau et la région et même le pays, c'est une exigence de notre ministère. Malheureusement, il n'est pas encore prévu que le dossier ONE soit transmis au PSE.

## Suivi des conseils

Les conseils que nous donnons aux enfants, le suivi que nous demandons aux parents via la fiche de liaison que nous leur remettons pour transmettre au médecin traitant sont rarement suivis.

La plupart des médecins ou spécialistes sont conscients du problème de leur patient, mais il semble que personne n'ait vraiment envie de s'y investir à long terme.

Voici un exemple de réponse du médecin à notre fiche de liaison : « Enfant pris en charge ».

Lorsque nous interrogeons l'enfant sur la manière dont il est pris en charge, on nous répond invariablement : « Le docteur m'a dit de faire attention à ce que je mange ! ».

Ce genre de prise en charge est en effet souvent considéré comme peu gratifiant.

Le problème est souvent chronique, le traitement de l'obésité nécessite une prise en charge longue, pluridisciplinaire, qui représente une lourde charge financière et un aménagement compliqué de la gestion quotidienne du temps.

Même pour les personnes motivées, il y a peu d'endroits où cette prise en charge est possible, par exemple pour les personnes habitant à la campagne, où dans des villes qui ne prévoient rien pour ce genre de problème : au PSE de Wavre, nous pouvons renseigner « Les Clairs Vallons » à Louvain-La-Neuve, au PSE de Nivelles, nous pouvons renseigner le service « Les Petits Pois » de la clinique de Nivelles, mais pour les régions de Jodoigne, Perwez, Tubize, Braine L'Alleud et Waterloo, il n'existe rien à notre connaissance.

Sans oublier aussi l'agressivité des parents de l'enfant qui se sentent souvent culpabilisés et jugés parce que nous mettons le doigt sur un problème délicat qu'on préférerait souvent ne pas soulever.

Je citerai quelques exemples de remarques que les parents nous font parvenir avant le passage au PSE : « Veuillez ne pas peser mon enfant », « Veuillez ne pas prononcer son poids », « Veuillez ne pas faire de remarques à mon enfant sur son excès de poids », « Obésité familiale, il n'y a rien à faire », « Mon enfant est devenu anorexique après une remarque à la visite médicale », « Mon enfant est bien suivi, il ne se présentera pas à la visite médicale »...

## Que pensent les enseignants de ce problème à l'école ?

L'avis est presque général : les parents ont peu de temps à consacrer à leurs enfants.

Les deux parents travaillent souvent, beaucoup de familles sont monoparentales, ce qui entraîne souvent faute de temps et d'aide une manière de s'alimenter très rapide : plats achetés préparés, hamburgers, pizzas, frites le soir et, pour le midi, il est plus simple de donner quelques euros pour acheter un sandwich à la mayonnaise que de préparer un pique-nique équilibré.

Les mauvaises habitudes alimentaires sont aussi invoquées : beaucoup d'élèves ne prennent pas de petit déjeuner, et préfèrent sodas et sucreries aux fruits et légumes.

Les enfants se sont habitués à avoir tout tout de suite, ils ne supportent plus les frustrations, ils manquent souvent de maturité, sont aussi surprotégés et les parents leur donnent souvent tous les droits.

La publicité, les médias sont également cités par les enseignants.

Les jeunes sont les cibles rêvées de stratégies de marketing qui ont pour but d'orienter la consommation. On en vient tout naturellement à incriminer la télévision et les jeux vidéo qui rendent les enfants de moins en moins actifs physiquement, de plus en plus passifs intellectuellement et remplacent souvent le dialogue.

C'est en plus le domaine privilégié du grignotage (voir schéma de la pyramide). Les médias ont cet autre travers du culte de la minceur qui renvoie une image inconfortable au jeune souffrant d'excès de poids.

Il ne faut pas non plus passer sous silence le vécu inconfortable de l'enfant gros parmi ses condisciples : victime de moqueries, il est taxé de paresseux, laid, idiot, maladroit et est souvent mis à l'écart.

## Comment pouvons-nous intervenir ?

L'excès de poids est toujours abordé en médecine préventive par la fiche de liaison avec le médecin traitant.

Lorsqu'une obésité est détectée à l'examen, nous avertissons les parents et joignons au résultat de l'examen une lettre avec talon-réponse adressée au médecin de famille ou à l'endocrinologue si le problème nous semble plus grave.

Pour les parents, nous joignons également des conseils alimentaires et une fiche explicative de la maladie « obésité » ceci afin d'éviter un effet opposé à celui recherché.

En cas d'obésité sévère ou aggravée, nous prenons contact avec les parents. Notre intervention vis-à-vis du jeune lui-même, de ses parents, de l'école s'articule selon 4 axes :

### Education à de bonnes habitudes alimentaires

Lors de l'entretien individuel avec l'élève, nous insistons surtout sur l'effet néfaste d'abus de boissons gazeuses et sucrées, des fast-foods, des chips, frites, barres chocolatées, etc. et sur l'importance de boire beaucoup d'eau, de manger plusieurs fruits et légumes chaque jour, de prendre 3 repas complets par jour et un goûter.

### Promotion de l'exercice physique

Nous insistons aussi sur l'importance de l'exercice physique : marcher, aller à pied à l'école, faire du vélo, du roller, aller promener le chien, jouer simplement, ne pas être trop « scotché » à la télévision.

Nous avons édité un dossier et des fiches sur le sport, organisé différents concours dans les écoles et participons à des projets d'école qui mettent en valeur l'exercice physique.

### Restauration de l'estime de soi

Les enfants sont pris seuls dans le local de l'infirmière dès la 4<sup>e</sup> primaire.

Les avantages, outre le fait que seul l'enfant prend connaissance de son poids et de sa taille, c'est le contact individuel qui permet un échange éducatif en matière d'alimentation.

Nous essayons de donner une vision positive de la santé, plus qu'obéir aux conseils des adultes, nous essayons que le jeune trouve lui-même son autonomie, qu'il donne lui-même un sens à ses choix, qu'il arrive à se respecter lui-même.

Il n'est nullement question de culpabiliser l'enfant ou de lui donner une image négative de lui-même.

Ce contact est malheureusement bref, l'infirmière a en effet peu de temps pour réaliser cet échange (le ministère prévoit 8 bilans de santé à l'heure) et ne peut se continuer qu'en signalant à l'élève qu'il peut, s'il le souhaite, reprendre contact avec nous ou en envoyant l'élève au PMS.

Mais le malaise de ces enfants se remarque toujours. En effet, les enfants plus gros retardent le moment de la pesée et s'arrangent toujours pour se présenter les derniers à l'examen.

Ce moment du bilan de santé où l'infirmière ou le médecin scolaire aborde le problème de l'excès de poids est souvent vécu par l'élève comme une agression : nous essayons de l'aborder en disant par exemple : « Ton poids te pose-t-il problème ? ».

Si la réponse est oui, le dialogue est ouvert, si la réponse est non, on peut alors aborder les dangers d'un surpoids sur la santé.

Ce que nous faisons également et que nous avons abandonné, ce sont les examens sélectifs pour cause d'excès de poids.

L'intérêt de cet examen était de vérifier la courbe de poids chaque année pour définir l'aggravation ou l'amélioration, mais nous nous sommes aperçus que cela ne faisait qu'accentuer la souffrance et la marginalisation de ces enfants ; nous prenons à présent plus volontiers contact avec les parents.

Il y a aussi les nombreux jeunes qui spontanément en rentrant dans le local demandent de ne pas dire ou de ne pas connaître leur poids, il y a ceux qui racontent la multitude de régimes auxquels ils se sont déjà soumis, ceux qui disent que tout le monde est gros dans la famille, ceux qui demandent des adresses de cliniques ou centres traitant l'obésité.

### Promotion de la santé à l'école

Pour essayer d'enrayer cette maladie devenue presque épidémique, diverses actions, grandes ou petites, ont été menées par nos services PSE.

Des exemples : tenue de stands « apéro

santé » lors de fancy-fairs, semaines de la santé dans beaucoup d'écoles avec une place importante pour le « dix heures », différents concours avec remises de diplômes des « bonnes collations », des concours sur la réorientation des boutiques scolaires avec l'aide du journal « Vers l'Avenir », des actions « petits déjeuners sains » avec les élèves en plusieurs modules théoriques et pratiques.

Pour les actions auprès des élèves plus jeunes nous invitons les parents et même les grands-parents à participer, nous avons des échanges avec le gérant de la boutique scolaire ou avec le responsable de la cuisine. Il y a aussi des essais de vente de yaourts et fruits frais lors des récréations, des tentatives auprès des pouvoirs organisateurs d'écoles pour multiplier les points d'eau ou aménager des fontaines, le développement du sens critique face aux médias publicitaires dans le domaine de l'alimentation...

Nous avons aussi édité différents dossiers sur l'importance de l'exercice physique et sur la bonne alimentation. Nous avons créé pour le journal scolaire toute une série de tracts santé.

Nous nous formons également à différents outils destinés à améliorer l'estime de soi : le DECE (dispositif d'expression collective des enfants), SANCORRES (santé, corps, respect), Clefs pour l'adolescence... Nous espérons dans l'avenir pouvoir disposer de moyens suffisants pour mettre ces programmes en pratique.

### En conclusion

La médecine scolaire n'est résolument pas prête à passer sous silence les constatations d'excès de poids lors du bilan de santé même si nous savons que cette déclaration aux parents ne nous rend pas toujours très populaires.

Elle estime être son devoir de le signaler aux enfants et à leurs parents en s'interrogeant sans cesse sur la manière la plus adéquate de faire passer le message.

Passés le moment de gêne, de mécontentement ou de vexation, une prise de conscience apparaît souvent et porte parfois ses fruits. Nous sommes régulièrement l'élément déclencheur de cette prise de conscience. Notre rôle à ce moment peut être une assistance à la famille pour aménager la mise en route de la prise en charge.

**Jacqueline Valange**, Assistante sociale, Directrice des PSE libres du Brabant Wallon.

Adresse de l'auteur : PSE libre de Wavre, Montagne d'Aisemont 119, 1300 Wavre.

### Ouvrages de référence

« L'enfant et l'obésité », W. Burniat – A. Callens – C. Van Aelst – A. Verstraete, Traces de doigts – Rue des Chartreux, 19 bte35, 1000 Bruxelles

« L'excès de poids ne pèse pas que sur votre esthétique », Fondation Hodie Vivere pour l'étude et la prévention des maladies de civilisation

« A l'école d'une alimentation saine », Coordination Education/Santé, rue de la Rhétorique 19, 1060 Bruxelles

« L'école Ensantée », André Lufin, Croix-Rouge de Belgique

« L'alimentation – document de travail destiné à l'enseignant », CRIOC

« Si manger m'était animé », Service Social Maison Médicale Norman Bethune, rue Piers 68, 1080 Bruxelles

« La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire – Quoi de neuf depuis 1994 ? » ULB – PROMES, 2003

## Usages de psychotropes et prévention en « Prospective »

### L'asbl Prospective Jeunesse en quelques mots...

Subsidiée conjointement par la Communauté française et la Commission communautaire francophone (Région de Bruxelles-Capitale), l'asbl Prospective Jeunesse est active depuis 1978 dans le champ de la prévention des assuétudes et des risques liés aux usages de psychotropes, qu'elle inscrit aujourd'hui dans une pers-

pective de promotion de la santé.

Contrairement à ce que son nom indique, Prospective Jeunesse ne travaille pas *directement* auprès des jeunes mais privilégie l'information, la sensibilisation, la formation et l'accompagnement des adultes ayant des responsabilités vis-à-vis des jeunes. En toute cohérence avec les critères de qualité et d'efficacité de la prévention, Prospective invite les relais à développer

une réflexion dans les moyen et long termes et attire leur attention sur la nécessité d'intégrer les différents facteurs déterminant les consommations et notamment ceux liés au contexte (social, culturel, philosophique, économique, institutionnel...) tout en ne perdant pas de vue les interrogations immédiates des acteurs (entre autres, et c'est un grand classique, sur les produits et leur « dangerosité »).

## Des repères philosophiques et conceptuels

L'équipe pluridisciplinaire de Prospective Jeunesse (anthropologue, sociologue, psychologue, spécialiste en promotion de la santé) pose un regard systémique et anthropologique sur la question des consommations, s'articulant autour des trois axes de réflexion que sont « le produit », « la personne » et « le contexte ». Sont considérées autant la nature et les spécificités de chaque axe que les interactions entre les trois pôles. Dès lors, si l'on peut pointer quelques stratégies d'intervention liées au contexte, à la personne ou au produit, on se devra de ne jamais perdre de vue que la consommation coïncide avec « la rencontre d'un individu *particulier* avec un produit *particulier* dans un contexte *particulier* »<sup>1</sup>.

Néanmoins, on peut, à titre d'exemples, citer quelques points d'ancrage de notre travail de prévention :

- **l'analyse de l'institution** (école, association, lieu de travail...), c'est-à-dire du cadre d'où émerge la demande et dans lequel va se développer la réflexion (voire l'action) : quelles sont les représentations de la problématique ? Quelles sont les attentes en matière de prévention et par rapport à Prospective Jeunesse ? Quelles sont les habitudes de fonctionnement ? Quels sont les partenariats existants ou les partenaires habituels ? Qu'est-ce que l'institution est prête à investir ? Jusqu'où est-elle prête à induire/porter des changements ?...;
- **l'identification** de l'estime de soi, des compétences sociales, de l'accès à une information objective (notamment sur les risques et les usages) comme des éléments à développer/renforcer pour permettre à la personne (vis-à-vis de laquelle intervient le relais) de faire des choix et d'avoir des attitudes responsables dans sa consommation comme en matière de bien-être en général ;
- **un discours** le plus objectif possible sur les produits, leurs effets, leur toxicité... Un refus de la diabolisation, et la réinscription des produits dans une approche géo-politique, de même que des usages dans une perspective historique et sociale ;
- **enfin, la sensibilisation des acteurs** aux différents types et niveaux de discours tenus sur les produits et leur consommation : du politique à la santé (et à la promotion de la santé), en passant par le juridique, il y a des incohérences qu'il est judicieux de relever afin que le relais (éducateur, parent, ensei-

gnant, assistant social...) puisse se positionner en tant que partenaire de prévention. De manière synthétique, nous pouvons dire que nous cherchons véritablement à ré-introduire (ou ré-éclairer) la complexité dans le regard porté sur les usages de psychotropes, tout en invitant les relais à rester « modestes » dans la définition de leur rôle d'acteurs de prévention.

Prospective Jeunesse, comme d'autres partenaires abordant les consommations (et la santé), privilégie une approche positive et non culpabilisante tout en désignant une série d'attitudes et de savoir-faire favorables à la prévention, notamment la nécessité de poser des repères et des balises claires dans les interventions des relais auprès des jeunes.

### Une volonté d'interface entre terrain et recherche, projets concrets et espaces de réflexion

En partenariat avec Modus Vivendi et Infor-Drogues, Prospective Jeunesse est active, dans le cadre d'Eurotox, au sein de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Un tel investissement nous permet d'être au fait des « tendances » européennes en matière de consommations, principalement des types de produits et des modes de consommation.

En croisant les données d'Eurotox avec d'autres recherches plus globales, comme les enquêtes sur les comportements de santé des jeunes (HBSC) menées par l'École de santé publique de l'ULB (PROMES), nous pouvons relier des notions telles que types, fréquences de consommation et confiance en soi, motivation scolaire... Ce matériel de recherche favorise une certaine objectivation des représentations et croyances lors de séances de sensibilisation ou de formation auprès des relais.

## Les activités de Prospective Jeunesse

### La formation

L'objectif global de nos activités de formation (mais aussi d'accompagnement et de communication) est la sensibilisation des relais et le développement de savoir-être et de savoir-faire appropriés en matière de prévention des assuétudes. Il est vrai que nous consacrons beaucoup de temps à la phase de sensibilisation tant il nous apparaît, aujourd'hui encore, que la question des consommations reste taboue et induit bon nombre de préjugés (moraux, sociaux). Comme nous l'évoquions précédemment, cette question est débattue dans plusieurs sphères (sociale, éducative, judiciaire, sanitaire...) et se voit par conséquent « brouillée » par des discours quelquefois antagonistes.

### Un module interdisciplinaire

Prospective Jeunesse propose un module de trois journées aux relais issus de différents secteurs et rassemblés autour d'un intérêt commun pour la question des consommations et/ou qui côtoient des usagers. Le contenu s'articule véritablement autour des axes « produit-personne-contexte » que nous développons ci-dessus.

Les participants sont invités à débattre de leurs représentations des termes tels que « santé », « prévention », « toxicomanies », « assuétudes » pour en proposer leurs propres définitions. Dès l'entame du processus de formation, nous confrontons, à travers les paroles des participants, les différentes dimensions que peut recouvrir la santé, de même que les stratégies (parfois contradictoires et même contre-productives) de prévention et les regards portés sur usages et toxicomanies.

A titre d'illustrations, nous citons ici quelques croyances ou opinions qui s'expriment régulièrement en formation : l'équivalence entre consommation de psychotropes et assuétude ou toxicomanie, la vision d'une « bonne » santé s'opposant à la « mauvaise » santé induisant l'existence de « bons » et de « mauvais » comportements, la survivance d'une véritable « théorie de l'escalade » (celui qui consomme un joint en viendra irrémédiablement à d'autres produits), la certitude que la peur peut jouer un rôle en prévention, une certaine confusion entre prévention et répression, la difficulté de cerner distinctement le rôle de différents acteurs tels que l'enseignant, le policier, l'assistant social...

Dans un deuxième temps, nous recadrons les concepts de santé et de prévention en retraçant leur évolution progressive vers les paradigmes de bien-être global, de promotion de la santé et de réduction des risques. Aidés des éclairages de l'histoire, de la sociologie et de la systémique, nous amenons les notions d'« espaces d'usages », de motivations à consommer, de même que la distinction entre « usage », « abus » et « dépendance ».

Enfin, lors du troisième jour, nous invitons les participants qui le souhaitent à replacer les consommations dans le cadre de leurs pratiques professionnelles et, le cas échéant, nous amenons le groupe à travailler sur différents projets institutionnels en présence.

### Des formations « à la carte »

Ces formations ont les mêmes objectifs de départ que ceux du module interdisciplinaire : acquérir de nouvelles connaissances et porter un regard critique sur les drogues en général, leur consommation, les contextes sociologique, juridique, historique, anthro-

<sup>1</sup> C. OLIEVENSTEIN, médecin psychiatre connu pour ses travaux sur la toxicomanie, qui créa le Centre médical Marmottan à Paris en 1971. Ce centre, dont le travail est basé sur l'accueil, l'orientation et les soins aux toxicomanes a fait longtemps figure de référence en France.

pologique, géopolitique et institutionnel, l'adolescence, la jeunesse, les addictions. La différence est qu'elles abordent une thématique spécifique définie avec l'institution demandeuse. A travers les questions posées, les sujets abordés et les activités réalisées en sous-groupes, les formations permettent de construire un discours commun entre des acteurs qui se côtoient mais qui n'ont pas forcément l'habitude de travailler ensemble sur un projet commun.

Prospective Jeunesse collabore par exemple avec un CPAS bruxellois. Il s'agit d'après-midis de formation-information qui s'intègrent dans un cycle plus général destiné aux demandeurs d'emploi remplissant les conditions de l'Article 60<sup>2</sup>. Le public a un niveau socio-économique très varié. Ces séances de formation tentent de questionner les différentes conceptions se cachant derrière les mots « prévention », « santé », « drogues », « toxicomanie ».

Nous clarifions (si cela est encore possible actuellement!) les aspects législatifs liés aux drogues. De nombreuses questions émergent lors de ces séances : quels comportements adopter face à « un drogué »? Quelles sont les raisons qui poussent à consommer? Peut-on fumer un joint en rue? Le cannabis est-il dangereux pour la santé? Pourquoi laisse-t-on les jeunes « s'enivrer » dans les cafés? Comment « protéger » les mineurs? Doit-on tout interdire à nos enfants? Le but de la formation ici est de rassembler un groupe de personnes différentes autour de réflexions communes, de créer un espace de parole où chacun peut témoigner (ou non!) de son expérience ou de son point de vue. A chaque groupe, le contenu de la formation se teinte des centres d'intérêts et des origines culturelles propres aux participants. Ces formations sont aussi pour nous un moyen de nous enrichir des différentes pratiques de consommation et des mécanismes variés mis spontanément en œuvre dans des sociétés diverses.

## L'accompagnement

### Les accompagnements individuels

En ce qui concerne les accompagnements individuels et familiaux, nos objectifs visent une autonomie des personnes dans la ges-

tion de leur questionnement par rapport à leurs consommations ou celles de quelqu'un de leur entourage (privé ou professionnel). Les objectifs particuliers sont moins structurés dans la mesure où chaque « demandeur individuel » ou chaque famille se présente avec une demande éminemment personnelle à laquelle nous devons nous adapter et non l'inverse.

Le cadre de référence théorique privilégié pour mener ces entretiens est inspiré de l'approche systémique, et, entre autres du modèle de thérapie brève de Palo Alto. Dans la plupart des cas, il ne s'agit pas de ce que l'on pourrait qualifier comme une approche « thérapeutique » mais bien d'une démarche d'éclaircissement, de dédramatisation, d'accompagnement...

Il s'agit, tenant compte des croyances et des valeurs des personnes qui « consultent », de faire émerger les « solutions » qu'ils privilégient. Ces entretiens ne visent pas un retour à l'abstinence mais bien de pouvoir « vivre le mieux possible » dans le contexte de vie qu'ils traversent.

Le public se compose pour moitié de parents et pour moitié d'usagers/ex-usagers.

Les demandes se répartissent comme suit :

Usages problématiques	79 %
Usages récréatifs	12 %
Usages réguliers	9 %

Et concernent principalement le cannabis (94 %), l'ecstasy (3 %) et la cocaïne (3 %).

Des demandes plus importantes nous sont adressées, mais nous n'avons pas pu y répondre systématiquement par manque de personnel. Nous les réorientons vers d'autres services, dont principalement la permanence téléphonique d'Infor-Drogues.

### Les accompagnements collectifs

Nos accompagnements collectifs répondent au questionnement qu'une institution nous adresse par rapport à un sujet qui suscite fréquemment peur et incompréhension. Ces accompagnements débutent par une analyse de la situation qui met l'accent sur les objectifs à long terme : la gestion d'une situation « problématique » et/ou le développement d'un projet mettant davantage l'accent sur des compétences et des ressources plutôt que sur les aspects négatifs. Il s'agit bien souvent de démarrer un projet propre à une institution.

Nous concevons notre rôle dans ce travail comme celui d'un « tiers », révélateur et catalyseur, en gardant en vue la question de l'autonomie et de la responsabilisation du public. L'originalité est ici de rassembler des personnes faisant partie d'une même orga-

nisation mais n'y occupant pas forcément la même place et/ou fonction. Par exemple, s'il s'agit d'une école, les membres du groupe peuvent être professeurs, parents, directeurs, membres du pouvoir organisateur, éducateurs, membres du personnel de cuisine... Bien souvent, le programme débute par une formation « à la carte » qui permet à chacun de se situer face à ses propres représentations mais qui donne aussi l'occasion au groupe de se construire un langage commun.

A la suite de cette formation, nous constatons souvent le désir de construire un groupe d'adultes relais, une « cellule assuétudes » et la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées au contexte et situations particuliers de l'institution.

Prospective Jeunesse accompagne l'institution lors des différentes étapes de son projet. Ce suivi dans le temps assure une cohérence dans les actions déterminée par les objectifs à long terme et permet de construire l'évaluation.

Comme c'est le cas dans tous nos axes de travail, les institutions demandeuses sont inscrites dans des secteurs tels que l'enseignement, l'insertion socioprofessionnelle, le travail de rue, l'aide à la jeunesse...

En guise d'illustration, l'équipe de Prospective Jeunesse a réalisé un projet d'accompagnement dans une école secondaire du Brabant wallon. Ce projet a débuté par une intervention lors d'une journée pédagogique en 2001, suivie d'une série de formations « à la carte » adressées aux enseignants, aux éducateurs et à la direction.

Par la suite et à la demande de l'école, deux séances de supervision en collaboration avec une AMO du quartier ont été utilisées pour consolider concrètement la « cellule assuétudes » au sein de l'école. Il faut souligner que celle-ci est intervenue entre-temps pour informer les élèves et recueillir leurs questions de manière anonyme.

Ce matériel très intéressant a été analysé avec notre aide. La mise en place de la « cellule assuétudes » a également soulevé des questions pertinentes au sein du groupe mais aussi dans toute l'école : ne faut-il pas laisser plus de place à « l'informel » en identifiant auprès des élèves une liste de professeurs-ressources, en faisant confiance au « travail de couloir » plutôt qu'en créant un bureau avec des permanences éventuellement inaccessibles et stigmatisantes pour les élèves? N'est-il pas également utile de rédiger une charte éthique permettant au groupe « assuétudes » de communiquer sa philosophie? Cette charte clarifierait également la position de l'école sur les thèmes délicats de la confidentialité et des

2 L'aide par la mise au travail constitue un type d'aide sociale permettant à terme aux personnes de réintégrer le circuit de la sécurité sociale. En effet, selon l'article 60, 67, de la loi organique du 8/7/1976 relative aux CPAS, "lorsqu'une personne doit justifier d'une période de travail pour obtenir le bénéfice complet de certaines allocations sociales, le centre public d'aide sociale prend toutes dispositions de nature à lui procurer un emploi. Le cas échéant, il fournit cette forme d'aide sociale en agissant lui-même comme employeur".

limites de l'intervention. Notons que chaque décision prise au sein de la cellule a été négociée avec la direction dont un représentant était présent lors de nos réunions.

En 2002, des supervisions ont été effectuées afin de clarifier les questions sensibles autour du rôle et des limites de la cellule. Comme dans chaque institution, des personnes quittent leur lieu de travail et de nouvelles l'investissent. L'année 2002 a donc été pour nous l'occasion de rencontrer d'autres personnes de cet établissement qui désiraient participer à une formation.

En 2003, le groupe « assuétudes » a identifié les professeurs-ressources auprès des élèves, des parents et de leurs collègues. Une charte concernant leurs positions et leur type d'intervention (ou non-intervention) a été distribuée et expliquée aux différents acteurs de l'école.

### La communication

Les différentes missions de Prospective Jeunesse sont complémentaires et s'enrichissent mutuellement. Dès lors, elles permettent de se situer dans une approche complexe du phénomène et d'éviter par là même une approche linéaire et réductrice de type sécuritaire ou stigmatisant le consommateur comme malade et/ou délinquant.

Pour mener à bien ces actions et réflexions, il faut les situer dans une rencontre continue reliant les savoirs pratiques des différents acteurs et des repères théoriques. C'est pourquoi, dans le cadre de nos missions de prévention des assuétudes et des toxicomanies et d'étude des politiques et pratiques sociales en matière de jeunesse, nous mettons en avant une politique de diffusion, de communication et de publication.

Ce projet est une continuité des actions de Prospective Jeunesse qui, depuis ses débuts, favorise une politique d'édition et de diffusion d'outils à l'intention de son public.

Parallèlement, les publications par le biais d'articles, d'exposés lors de journées d'études, séminaires, colloques, ou via notre site internet, nous semblent constituer le complément et la suite logique à nos réflexions et axes de travail multiples.

#### « Les Cahiers de Prospective Jeunesse »

La conception de la prévention développée à Prospective Jeunesse se situe du côté de la promotion de la santé, de la citoyenneté responsable, aussi essayons-nous, dans les sujets abordés au sein de la revue, de dépasser le cadre strict de la toxicomanie.

Dans ce but, nous souhaitons "mettre ensemble", au sein des dossiers, des pratiques, des réflexions, des approches de

différents acteurs, services, institutions, tous "observatoires" privilégiés et partenaires potentiels dans le cadre des approches de prévention et de promotion de la santé. Nous tentons de mettre en évidence la richesse et la diversité de ces réseaux et de montrer que les différents "lieux" peuvent s'ouvrir, augmenter les interactions en prenant conscience des différents acteurs présents autour de leur public.

Après avoir abordé entre autres des thèmes tels que les pratiques judiciaires en matière de consommation de produits illicites, l'école et la prévention, l'exclusion, les drogues de synthèse, la dépénalisation du cannabis et autres psychotropes, la famille, le secret professionnel, le monde du travail et les psychotropes... l'avant-dernière édition des Cahiers consacre non pas un mais bien deux tomes à cette approche relativement récente, relativement controversée et relativement novatrice qu'est la réduction des risques (RdR). Ce dossier interroge la RdR et les valeurs qui la sous-tendent en donnant la parole à divers intervenants pour que chacun, de sa place et de là où il parle, s'exprime par rapport aux notions de « risques » (une société sans risque est-elle possible/souhaitable ?), de « bien-être » (existe-t-il sous une seule forme vers laquelle les individus devraient tendre ?) et de « prévention » (quand commence et quand s'arrête le rôle de l'acteur de prévention ?).

### Autres publications

Outre « Les Cahiers... », nous étendons sans cesse les lieux, espaces de communication et de transfert de nos réflexions et pratiques vers l'extérieur. Il s'agit toujours d'informer et de sensibiliser un public sans cesse plus large et de partager des modèles d'action mais également de susciter débats et controverses.

A titre d'exemples, quelques ouvrages publiés ou auxquels nous avons collaboré :

- l'ouvrage de Michel Rozensweig « Les drogues dans l'histoire entre remède et poison, archéologie d'un savoir oublié », qui retranscrit en l'approfondissant le contenu des modules de formation ;
- la brochure « assuétudes » réalisée par les élèves et professeurs de l'Institut Saint-Dominique de Schaerbeek (3<sup>e</sup> degré de l'enseignement général secondaire) : ce document illustre l'intégration de la problématique des assuétudes dans une démarche éducative interdisciplinaire ;
- le livre de Gilles Hacourt <sup>3</sup>, « Ecstasy, pilules sans ordonnances, usage et usa-

<sup>3</sup> Voir l'article 'Ecstasy, pilules sans ordonnance', Education Santé n° 175, décembre 2002.



Photo © Jonathan Dusepulichre/Photo News

gers de nouvelles drogues de synthèse », réalisé dans le cadre d'une recherche financée par l'asbl Eurotox, qui décrit le monde peu ou mal connu des usagers des nouvelles drogues de synthèse.

Enfin, nous travaillons actuellement à la réalisation d'autres outils destinés aux relais, tels qu'une brochure concernant l'accueil des parents en milieu scolaire (niveau fondamental) issue du projet Relations Ecole-Famille mené dans le cadre d'une subvention du Fonds Houtman (prévention de la violence à l'école); ou encore les brochures de « réduction des risques » réalisées en collaboration avec Infor-Drogues, Modus Vivendi, Citadelle, Liaison Anti-prohibitionniste, Alfa...).

### Internet

Internet est devenu un canal médiatique qu'on ne peut plus négliger. Grâce à notre site [www.prospective-jeunesse.be](http://www.prospective-jeunesse.be), nous disposons aujourd'hui d'un espace destiné à présenter et à promouvoir nos services et publications, à mettre des informations à disposition d'un public toujours plus important.

### Le centre de documentation

Dans un souci permanent d'actualisation et d'information, notre asbl dispose d'une bibliothèque spécialisée ouverte au public (généralement des étudiants, professionnels de l'éducation ou du social). Le centre

de documentation est accessible trois jours par semaine, le lundi et mercredi de 14 à 16 heures et le vendredi de 10 à 12 heures ou sur rendez-vous avec notre documentaliste, **Danielle Dombret**. Les ouvrages rassemblés et « empruntables » concernent bien évidemment le domaine des toxicomanies vues tant sous l'angle « produit » que « personne » ou « contexte ». D'autre part, le centre propose une documentation sur les thèmes connexes à la réflexion sur les consommations, tels l'adolescence, la prévention, la santé, l'école...

Enfin, des revues de presse sont réalisées tous les quinze jours sur base de la consultation de journaux et revues généralistes, elles réunissent des articles sur des questions comme la dépénalisation du cannabis, la toxicomanie et le sida...

## En conclusion

Dans un souci d'efficacité et pour éviter tant que faire se peut les effets contre-productifs, nous nous adressons généralement à un public relais « volontaire ». Cela nous semble pertinent dans la mesure où la problématique des consommations et des assuétudes reste un sujet tabou suscitant pas mal de controverses et d'a priori. Si les méthodes d'approche et certaines questions sont transférables à l'ensemble des secteurs de la prévention et de la promotion de la santé, la pratique et notre expertise (de même que celles de nos partenaires) renforcent notre conviction que nous n'abordons pas un sujet anodin.

D'autre part ce « volontariat » nous apparaît comme un préalable nécessaire à la mise en place d'une démarche de prévention dans une optique de promotion de la santé.

Néanmoins, à l'instar d'autres acteurs du secteur, nous questionnons sans cesse la qualité de nos interventions et notamment l'appropriation des concepts et des méthodes par les relais de terrain.

Actuellement, les interrogations qui retiennent notre attention et qui articuleront l'évaluation de notre programme sont entre autres les suivantes : nos interventions en milieu scolaire n'ont-elles pas parfois pour effet pervers de stigmatiser certains publics jeunes ? Comment augmenter notre visibilité auprès des relais potentiels sans pour autant susciter des demandes, qui, faute de temps et de moyens, ne pourraient être rencontrées ? Afin d'être cohérent, comment augmenter notre action sur les « contextes » institutionnel, décisionnel, juridique, notamment à travers la sensibilisation des décideurs ou des politiques ?

## Trois Cahiers récents sur les drogues

### Cahier n° 27 - Drogues et réduction des risques - Tome 1 - 2<sup>e</sup> trimestre 2003

Drogues et prévention : pour une réduction des risques... de confusion, *H.P. Ceusters*  
Y a-t-il une issue entre le risque zéro et la catastrophe ?, *M. Bantuelle*  
Limites et enjeux de la prévention participative, *C. Van Huyck*  
Maximiser les risques ?, *J.P. Jacques*

La récupération politique des stratégies de réduction des méfaits en contexte prohibitionniste, *L. Beauchesne*

Des Assises de la réduction des risques ?, *Maryse Degraen*

### Cahier n° 28 - Drogues et réduction des risques - Tome 2 - 3<sup>e</sup> trimestre 2003

La réduction des risques : une forme de prévention comme les autres ?, *D. Kamiski*

La réduction des risques, approche hygiéniste ou humaniste ?, *G. Van der Straten*

L'échange de seringues à Charleroi : une expérience pratique de réduction des risques, *L. Przylucki*

Vers la diversification de l'offre d'aide et de soins, *Alex Neybuch*

### Cahier n° 30 - Contextes et consommations - 1<sup>er</sup> trimestre 2004

Consommer pour exister ? Comment, quels produits et au nom de quelles valeurs ? Image de soi, reconnaissance sociale, appartenance au groupe, inscription culturelle... Faut-il avoir pour être ?

Que signifie pour les jeunes « bien » consommer ? Jeunes, consommation et initiation

Le rôle des médias, un produit pour chaque problème : hyper dépendance ou toute puissance/existence ?

Peut-on encore parler de société de consommation ?

La sécurité, un nouvel objet de consommation ?

Consommation et espaces d'usages : entre abstinence et abus

Consommer, à quels risques ?

La position de l'éducateur, quel apprentissage des consommations ?

Consommation de psychotropes et contexte prohibitionniste : enlèvement ou pragmatisme ?

*Pour commander l'un ou l'autre Cahier paru, contactez Claire Haesaerts, Secrétaire de Rédaction à Prospective Jeunesse, tél : 02 512 17 66, fax : 02 513 24 02, courriel : [claire.haesaerts@prospective-jeunesse.be](mailto:claire.haesaerts@prospective-jeunesse.be)*. Le sommaire de tous les Cahiers parus peut être consulté sur le site <http://www.prospective-jeunesse.be>

MVA

Comment favoriser la diffusion des idées et méthodes à travers la « formation de formateurs » ? Comment contribuer efficacement à l'« empowerment » des relais, mais aussi du public cible final par rapport aux consommations ?

Autant de questions qui ne laisseront certainement pas indifférents les lecteurs d'Education Santé et à propos desquelles nous serions heureux d'échanger...

Isabelle Boquet, Emmanuelle Caspers et Henri Patrick Ceusters pour Prospective Jeunesse

Adresse des auteurs : Prospective Jeunesse, rue Mercelis 27, 1050 Bruxelles.

Tél.: 02 512 17 66. Fax : 02 513 24 02.

Site : <http://www.prospective-jeunesse.be>

Courriel : [info@prospective-jeunesse.be](mailto:info@prospective-jeunesse.be)



Illustration Jacques Van Russelt

# Prévention des traumatismes survenant chez des jeunes enfants

## Evaluation d'un processus d'implantation d'une trousse de sécurité

### Situation épidémiologique des traumatismes en Belgique

En Belgique, les accidents sont la première cause de mortalité chez les enfants de moins de 15 ans<sup>1</sup>. De ce point de vue la situation est comparable à celle des autres pays industrialisés.

En 1997, le pourcentage de décès par accidents non liés au transport était de 26 % chez les enfants entre 1 et 4 ans, 19 % chez les enfants de 5 à 9 ans et 10 % chez les 10-14 ans<sup>2</sup>.

Les accidents mortels chez les bébés sont surtout dus aux suffocations. Chez les enfants de 1 à 4 ans, un tiers des décès est causé par les noyades et le reste par les incendies, les inhalations d'objet, les intoxications et les chutes.

Au-delà de 5 ans, les noyades comptent pour la moitié des décès, l'autre moitié concerne les chutes et les incendies<sup>3</sup>.

Il n'est pas facile d'intervenir pour faire diminuer l'incidence des traumatismes chez les enfants, en particulier l'incidence de ceux qui surviennent à domicile. Le seul fait d'augmenter les connaissances des parents sur la sécurité domestique n'est pas suffisant pour modifier les comportements. Il est nécessaire d'envisager une stratégie multifactorielle mettant en place plusieurs actions complémentaires.

Une intervention de prévention des traumatismes à domicile a été réalisée en Belgique, intervention s'intégrant dans une coopération France – Belgique – Québec. En effet, une action similaire était menée en France et au Québec.

### Intervention pilote dans la commune de Fontaine-l'Évêque

#### Objectif

L'objectif général du projet était de diminuer l'incidence des accidents domestiques chez les enfants de 6 à 18 mois. Plus spéci-



fièrement, le projet visait à amener les parents à modifier leurs comportements et à adapter la maison à des normes d'environnement plus sûres. Le second objectif était de permettre aux travailleurs médico-sociaux d'aborder plus concrètement la prévention des accidents chez les enfants.

#### Public visé

Familles de faible niveau socio-économique ayant des enfants de moins de 2 ans.

#### Description de l'intervention

Cinq actions conjointes font partie de l'intervention :

- réalisation de visites à domicile ;
- remise d'une trousse de sécurité aux familles ;
- délivrance de conseils sur la sécurité des enfants ;
- remise de brochures sur les thèmes de sécurité domestique ;
- évaluation quantitative et qualitative.

Deux visites à domicile espacées de 6 à 8 semaines ont été organisées dans 46 familles de la localité de Forchie-la-

Marche, une des trois localités qui composent la commune de Fontaine-l'Évêque. Lors de la première visite, ces familles ont reçu une trousse de sécurité contenant du matériel de sécurité et des brochures.

Le matériel, d'une valeur de 30 euros, a été donné gracieusement aux familles par l'administration communale. La trousse comprenait un détecteur de fumée ; un bloque-porte ; des bloque-tiroirs ; une bande de fermeture pour le réfrigérateur ; un tapis de bain antidérapant ; un bloque-électroménager ; un protège-bec de robinet ; un bloque-poignée ; des crochets bloque-placards, tiroirs, fenêtres et portes ; des coins de protection à poser sur les meubles et 6 brochures sur l'enfant et la sécurité domestique.

La démarche de conseil et de remise des trousseaux aux familles a été réalisée par les travailleuses médico-sociales de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), par le Service de gardiennes encadrées 'Le Cerf-volant', par la Cellule Prévention et le Service santé de l'administration communale.

1 PROMES – Université libre de Bruxelles – Educa-Santé, 'Accidents domestiques, la situation épidémiologique en Belgique', Santé Pluriel, 1992, 7 & 8.

2 Institut de Santé Publique, Standardized Procedures for Mortality Analysis,

<http://www.iph.fgov.be/sasweb/spma/spma.htm>

3 Prévention et petite enfance, ONE; 1997, p 266-267  
D'après les données du système EHLASS 1998

Lors d'une première visite, le personnel aidait les familles à identifier les situations à risque au domicile à l'aide d'un questionnaire, remettait la trousse de sécurité en fournissant des explications sur l'installation du matériel contenu dans celle-ci et enfin précisait les changements à apporter aux situations à risque relevées.

Au cours de la seconde visite, les situations à risque ont été à nouveau évaluées à l'aide du même questionnaire.

Un travail similaire a été conduit en parallèle dans 25 autres familles durant la même période. Ces familles ont également été visitées mais sans recevoir la trousse de sécurité. Elles ont simplement reçu les brochures sur l'enfant et la sécurité domestique ainsi que des conseils sur la prévention des traumatismes. Une évaluation des situations à risque a aussi été réalisée à l'aide du même questionnaire, lors de la première visite afin d'amener les familles à identifier les situations à risque et lors de la seconde visite afin d'observer les modifications éventuellement apportées. Ce deuxième groupe jouait donc le rôle de 'groupe témoin'

Au total 71 familles ont participé à cette recherche.

## Evaluation de l'intervention

L'évaluation comprenait deux volets : une évaluation quantitative visant à objectiver l'effet de la trousse sur les comportements sécuritaires des familles et une évaluation qualitative visant à mettre en évidence la satisfaction des familles et des travailleurs médico-sociaux.

### Evaluation quantitative

La comparaison entre les deux groupes montre essentiellement qu'entre les deux visites il y a eu globalement plus d'améliorations des situations considérées à risque dans le groupe qui a reçu la trousse que dans le groupe témoin, sans trousse. Plus particulièrement, pour les situations à risque de chute, de brûlure et de blessure il y a une différence statistiquement significative de changements entre les deux groupes.

Les améliorations apportées concernaient aussi bien les situations à risque pouvant être modifiées par les matériels contenus dans la trousse que les situations qui n'ont rien à voir avec ces matériels (rangement des allumettes et briquets par exemple).

La remise d'une trousse de sécurité domestique permet donc non seulement de renforcer la prévention passive des accidents domestiques mais aussi d'induire un

comportement de sécurité significative-ment plus important que par la seule délivrance de conseils et l'appui pédagogique de brochures remises à l'occasion d'une visite à domicile.

L'évaluation quantitative a donc montré un 'effet trousse'.

### Evaluation qualitative

#### Auprès des familles

L'initiative a été très appréciée par les familles. Elles ont reçu du matériel efficace et de bonne qualité. Le fait que cette démarche soit communale est très satisfaisant pour les familles. Ces dernières avaient le sentiment que l'administration communale s'intéresse à leur sécurité. De plus les familles se sentaient valorisées par le fait qu'on leur demande leur avis sur le projet et le matériel fourni. Elles ont relevé, entre autres, quelques problèmes techniques : les objets de la trousse ne sont pas tous adaptés, certains sont difficiles à placer (les crochets) et d'autres détériorent le mobilier (le vissage des taquets anti-chute de tiroir).

#### Auprès des intervenantes à domicile

Deux groupes focalisés ont été réalisés avec les intervenantes à domicile. Il en ressort que cette intervention a des effets à trois niveaux : sur l'institution, sur les pratiques professionnelles et la mobilisation communautaire.

Concernant l'institution, l'intervention donne une autre image des services. Par exemple le personnel de l'ONE n'est plus perçu comme 'contrôleur' mais comme 'soutenant'. Elle permet aussi un repositionnement des missions de chacun.

Par rapport aux pratiques professionnelles, du temps a été rendu disponible pour approfondir un sujet ; une réflexion commune a été élaborée entre professionnelles sur une démarche : son sens, ses objectifs, le rôle et les moyens de chaque service ; enfin, on a observé une relation modifiée, plus positive, avec les familles.

Quant à la mobilisation communautaire, les acquis sont un questionnement des autres professionnels, un partenariat durable entre les services, une valorisation des familles par la participation au processus.

L'évaluation qualitative montre que l' 'effet trousse' est dû à l'intérêt que le matériel de sécurité suscite parmi les familles, à l'image positive que l'apport du matériel a suscité vis-à-vis des intervenantes, à la motivation que cet apport concret aux familles a induit parmi elles et au travail de préparation du projet mené en commun.

## Conditions de réussite de l'intervention

Un certain nombre de facteurs facilitants ont été identifiés :

- l'information de la communauté et la participation des familles ;
- l'aide au placement des matériels dans la maison ;
- la rétro-information de l'analyse des résultats des évaluations.

Les conditions de réussite de la mise en œuvre permettant d'atteindre les objectifs concernant l'organisation elle-même, le matériel mis à disposition des familles et l'action des intervenantes.

L'organisation doit disposer d'un service ayant un programme de visites à domicile, d'un coordonnateur de projet, d'un budget pour financer les trousse, avoir une capacité de gestion des matériels contenus dans la trousse et mener l'intervention de manière ciblée, préférentiellement lorsque les enfants ont entre 6 mois et 1 an, c'est-à-dire une période durant laquelle les parents sont interpellés par la problématique des accidents.

Le matériel doit être gratuit, facile à installer et solide, sûr et adapté aux meubles et aux éléments de constructions des habitations.

Les intervenants doivent avoir une bonne connaissance de la promotion de la sécurité et de la prévention des traumatismes, une bonne connaissance du matériel proposé et des conditions de son utilisation, une attitude de dialogue, une motivation personnelle pour l'intervention.

## Perspectives d'avenir

Cette recherche a montré l'intérêt de fournir gratuitement du matériel de sécurité aux familles ayant des jeunes enfants. Un 'effet trousse' a en effet pu être mis en évidence : les parents ayant reçu la trousse ont adopté davantage de comportements de sécurité. Ces résultats plaident en faveur de l'extension de l'implantation de la trousse de sécurité. Les conditions de faisabilité d'une telle entreprise devraient être alors explorées.

**Martine Bantuelle**, Educa-Santé, **Marc Sznajder**, Hôpital Ambroise Paré, **Marie-Christine Van Bastelaer**, Educa-Santé

#### Adresses des auteurs

*Educa-Santé, avenue Général Michel 1b, 6000 Charleroi*

*Hôpital Ambroise Paré, Service de santé publique et information médicale, 9 av. Charles de Gaulle, 92100 Boulogne (France)*

# Le Plan fédéral de lutte contre le tabagisme

Le Ministre fédéral de la Santé publique, Rudy Demotte, propose un ensemble d'initiatives concertées pour combattre ce 'véritable fléau', considérant que 'seule la combinaison de mesures prises dans le cadre d'un plan global de lutte contre le tabac est en mesure de produire des effets significatifs et d'inverser la tendance'.

Il ajoute qu' "un plan global permet en outre de mieux maîtriser les effets pervers découlant de certaines mesures prises isolément, d'inclure tous les acteurs de la lutte antitabac, de hiérarchiser les mesures dans le temps et de piloter au niveau fédéral un ensemble cohérent de mesures".

Ce plan prévoit six dispositions.

## Ratification de la Convention-cadre de l'OMS

La Belgique a signé le 22/01/2004, mais n'a pas encore ratifié la Convention-cadre. Actuellement, une centaine de pays l'ont signée et 10 l'ont ratifiée<sup>1</sup>, mais il faut que quarante pays signataires la ratifient pour qu'elle entre en vigueur et ait force obligatoire (90 jours après le dépôt du 40<sup>e</sup> instrument de ratification).

Pour rappel, la Convention comprend des dispositions qui énoncent les normes internationales minimales se rapportant à la publicité, la promotion et le parrainage, les mesures financières et fiscales, le conditionnement et l'étiquetage, le commerce illicite et la protection face au tabagisme passif. Ces dispositions constituent des lignes directrices, mais n'empêchent pas les Etats parties à la Convention d'édicter des lois plus contraignantes!

## Commercialisation des produits du tabac

Les messages sanitaires sur les emballages seront complétés par des photos en couleurs dissuasives, auxquelles certains experts attribuent un fort impact émotionnel.

Conséquence logique, les étuis destinés à contenir les paquets de cigarettes et à masquer les mises en garde ('fun box') seront interdits.

La vente aux mineurs de moins de 16 ans sera interdite.

L'accès aux distributeurs automatiques (il y en a 20.000 dans notre pays, sur un total de 70.000 points de vente) sera limité de façon à les rendre inutilisables par les jeunes de moins de 16 ans.



## Droit à un environnement sans fumée, protection contre le tabagisme passif

La réglementation actuelle limitant l'usage du tabac dans les établissements Horeca est peu suivie. Les contrôles effectués par l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire (AFSCA) seront renforcés, et la zone réservée aux non-fumeurs passera à 75 % de la superficie totale du lieu et des places disponibles.

Certains pays interdisent totalement de fumer sur les lieux de travail. Ce sera aussi le cas de la Belgique à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006, à l'exception des fumoirs.

## Aide au sevrage

L'objectif est d'améliorer l'accessibilité financière et géographique des méthodes de sevrage tout en ne limitant pas ces dernières aux seuls médicaments.

Les compétences des professionnels de santé en la matière seront renforcées par des stratégies et programmes de formation adaptés.

## Création d'un "Fonds antitabac"

Ce fonds, dont on parle depuis plusieurs années, devrait être opérationnel au 1<sup>er</sup> juillet 2004. Le but est de soutenir les actions de lutte contre le tabagisme, qu'elles émanent du niveau fédéral, des Régions ou des Communautés.

Un 'Comité de lutte contre le tabagisme' permettant aux différents niveaux de pouvoir d'échanger des informations et de veiller à la cohérence de leurs actions respectives dans le cadre d'une approche globale est également prévu.

A propos de financement de la lutte antitabac, il y a eu récemment une petite poussée de fièvre dans le milieu de la prévention quand on a appris que le Gouvernement fédéral envisageait de reconnaître la Fondation Rodin<sup>2</sup> comme d'utilité publique, alors que cette fondation est largement financée par l'industrie du tabac. La Ministre de la Santé de la Communauté française s'en est également émue.

## Augmentation de la fiscalité du tabac

Une augmentation forte et brutale du prix du paquet de cigarette est plus efficace que des augmentations légères et étalées dans le temps. Trois études récentes (CRIO, ULB, Fédération belge contre le cancer) le confirment. Ceci devra faire l'objet d'un groupe de travail présidé par le Ministre des Finances.

Il reste à espérer une rapide concrétisation du plan, et une mobilisation collective digne de ce formidable défi!

Christian De Bock

*Vous pouvez consulter l'intégralité du plan fédéral (28 pages) sur le site [www.rudydemotte.be](http://www.rudydemotte.be)*

<sup>1</sup> Le 20/04, il y avait 102 signataires, et 10 ratifications. Voir le site [www.who.int/tobacco/areas/framework/signing\\_ceremony/countrylist/en/](http://www.who.int/tobacco/areas/framework/signing_ceremony/countrylist/en/)

<sup>2</sup> Voir à ce sujet l'article de Marleen Teugels 'Rodin : pas de fumée sans feu', dans Education Santé n°181, août 2003. Signalons à ce propos que Philip Morris a rompu en début d'année le contrat qui liait la multinationale à la Fondation Rodin. Cette dernière, pour qui cette décision représente un manque à gagner considérable a saisi le juge des référés, qui a estimé sa requête non fondée. La fondation va faire appel.

# Légère diminution du nombre des fumeurs en Belgique

Début 2004, le CRIOC a effectué son enquête annuelle sur le tabagisme en Belgique.

La population belge compte 27% de fumeurs. Parmi les 1022 personnes interrogées, 27,4% ont en effet déclaré fumer tous les jours. Elles étaient 29% en 2002 et 28% en 2001. Cette faible diminution montre une relative stabilité du nombre de fumeurs quotidiens. Outre ceux-ci, 5,8% ont déclaré fumer de temps en temps, et 66,7% ne jamais fumer. Les différences entre la Flandre et la Wallonie, variables selon les années, se sont à présent estompées (27% de part et d'autre). On constate toujours des écarts importants d'une province à l'autre.

Plus de la moitié des Belges considèrent qu'une interdiction de la vente de tabac aux mineurs serait une très bonne (51,6%) ou assez bonne (20,6%) mesure. Seuls 4,3% sont d'avis contraire; 16,5% n'ont pas d'opinion. Ces résultats ne laissent pas apparaître de différence significative selon l'âge, le sexe ou le groupe linguistique des personnes sondées. Par contre le niveau d'étude induit des différences d'opinion sur l'opportunité d'une telle mesure.

Selon cette même enquête, 12,8% des fumeurs interrogés déclarent qu'ils s'arrêteraient de fumer si des photos alarmantes étaient apposées sur l'emballage. 23,2% disent qu'ils fumeraient moins; 63,7% déclarent qu'ils ne se laisseraient pas influencer par de tels avertissements. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer que de telles photos les influenceraient pour arrêter de fumer. L'impact est également déterminé par l'âge et le niveau d'étude.

La différence entre les genres se réduit, même si les hommes sont toujours plus nombreux que les femmes à consommer du tabac : en 1980 cette différence était presque du simple au double. Elle s'est progressivement réduite jusqu'à un écart de 5% en 2004 : les 27% de fumeurs belges se départagent en effet entre 30% d'hommes et 25% de femmes.

La première cigarette est expérimentée à un âge de plus en plus précoce : selon les jeunes interrogés par le CRIOC en 2003, un jeune sur 10 essaie sa première cigarette à 11 ou 12 ans. A 15-16 ans, un jeune sur 4 effectue son premier essai; c'est le cas d'un jeune sur 3 à 17-18 ans. Cette première expérience est stimulée par de proches amis

ou membres de la famille. *Le milieu de vie exerce donc une influence importante;* en particulier l'attitude des parents est pointée comme facteur de dissuasion ou au contraire d'acceptation. En outre 7 jeunes sur 10 déclarent qu'on fume dans leur école, ce qui est pourtant interdit.

Quant aux non-fumeurs, ils gagnent du terrain! En effet, petit à petit les lieux où il est interdit de fumer se multiplient. Ainsi depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, la SNCB interdit la consommation de tabac dans tout son réseau, trains et gares compris.

Les ventes de cigarettes stagnent, les recettes fiscales augmentent : parallèlement à cette légère diminution du pourcentage de fumeurs dans la population, en 2003 la vente de tabac en Belgique a connu un léger tassement. Et ce aussi bien en nombre total de cigarettes vendues (14,287 milliards d'unités en 2003 - 14,314 milliards d'unités en 2002), que de cigares et de tabac à rouler. Quant aux recettes fiscales, elles ont augmenté de 1.785 millions d'euros en 2002 à 2.164 millions en 2003. Elles devraient être utilisées au moins partiellement pour des mesures préventives...

## Quelques précisions

Depuis 20 ans, le CRIOC fait réaliser chaque année une enquête auprès d'un échantillon représentatif de la population belge. En 2004, l'échantillon était de 1.022 personnes.

**Tableau 1**  
Pourcentage de fumeurs réguliers/quotidiens en Belgique (de 15 ans et plus)

	Hommes	Femmes	Total
1990	38 %	26 %	32 %
1991	33 %	24 %	29 %
1992	31 %	21 %	26 %
1993	31 %	19 %	25 %
1994	33 %	19 %	26 %
1995	33 %	24 %	28 %
1996	34 %	27 %	30 %
1997	31 %	22 %	26 %
1998	30 %	23 %	27 %
1999	31 %	26 %	29 %
2000	36 %	26 %	31 %
2001	34 %	22 %	28 %
2002	33 %	25 %	29 %
2004	30 %	25 %	27 %

Source : CRIOC

Les résultats de cette enquête sont téléchargeables sur le site du CRIOC (<http://www.oivo-crioc.org/textes/pdf/953.pps>)

Ils ont également été insérés dans le dossier documentaire sur le tabac, également téléchargeable sur ce site (<http://www.oivo-crioc.org/textes/pdf/371.pdf>). Actualisé pour l'occasion, ce dossier reprend toute une série d'autres informations sur les risques de la consommation de tabac pour la santé, l'incidence du tabagisme actif et passif sur la mortalité, la législation, l'étiquetage des produits, etc.

**Tableau 2**  
Pourcentage de fumeurs réguliers/quotidiens en Flandre et en Wallonie (15 ans et plus)<sup>1</sup>

	Flandre	Wallonie	Ecart
1990	28 %	32 %	4 %
1991	25 %	33 %	8 %
1992	23 %	29 %	6 %
1993	23 %	26 %	3 %
1994	23 %	30 %	7 %
1995	27 %	29 %	2 %
1996	30 %	31 %	1 %
1997	25 %	27 %	2 %
1998	27 %	26 %	-1 %
1999	26 %	32 %	6 %
2000	28 %	33 %	5 %
2001	28 %	29 %	1 %
2002	26 %	35 %	9 %
2004	27 %	27 %	0

Source : CRIOC

<sup>1</sup> Les pourcentages pour Bruxelles peuvent montrer de grandes différences d'année en année. Puisque l'échantillon ne porte que sur 180 à 240 personnes, celles-ci n'ont pas été reprises dans ce tableau.

**Tableau 3**  
Recettes fiscales

Année	Montant (en euros)
1990	916
1992	1.040
1994	1.240
1996	1.403
1998	1.557
2000	1.793
2001	1.712
2002	1.979
2003	2.164

Source : Service public fédéral finances

# 1,8 million de fumeurs en moins en France !

La guerre contre le tabac s'inscrit dans la perspective de la priorité présidentielle de mobilisation nationale contre le cancer. Le 27 mai 2003, Jean-François Mattei, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, s'est engagé à faire diminuer le tabagisme des jeunes de 30 % et celui des adultes de 20 %, sur cinq ans.

La première enquête barométrique INPES/IPSOS menée depuis l'annonce du plan gouvernemental, confirme la diminution sans précédent de la consommation de tabac en France. Cette enquête a été menée, courant novembre 2003, auprès d'un échantillon national représentatif de plus de 3 000 personnes âgées de 15 à 75 ans.

## Forte baisse de la consommation tabagique

Entre 1999 et 2003, on compte 1,8 million de fumeurs déclarés de moins au moment de l'enquête (15,3 millions en 1999 et 13,5 millions en 2003). La proportion de fumeurs dans la population est passée de 34,5 % en 1999 à 30,4 % en 2003 soit une chute de 12 %.

Cette baisse de la prévalence est parallèle avec la diminution constatée des ventes de cigarettes, particulièrement jusqu'à 2003 (- 13,5 %).

Chez les ex-fumeurs, 14,2 % déclarent s'être arrêtés dans l'année écoulée. Ils étaient seulement 9,2 % en 1999 (+54 %).

De surcroît, ceux qui continuent à fumer ont réduit significativement leur consommation : alors qu'ils fumaient 14 cigarettes en moyenne par jour en 1995, ils n'en fument plus que 11,6 en 2003.

## Les femmes et les jeunes premiers bénéficiaires

Les femmes et les 15/25 ans constituent les populations les plus résistantes au phénomène de baisse. Or, ces populations sont particulièrement exposées car il existe d'une part des risques spécifiquement féminins et d'autre part une corrélation entre l'âge d'entrée dans le tabagisme et les risques encourus. Aujourd'hui, on constate pour la première fois que ces deux populations prioritaires sont les plus concernées par la baisse de la consommation.

La diminution du tabagisme féminin en France atteint 18 %. Elle est deux fois plus élevée que celle des hommes.

De même, la diminution tabagique chez les 15/25 ans s'élève à 18,3 %. Elle est deux fois plus forte que celle des 25/75 ans.

## Une motivation à l'arrêt extrêmement forte

On observe un nombre croissant de fumeurs déclarant avoir envie d'arrêter de fumer (58 % des fumeurs en 1999 pour 66 % en 2003). Aujourd'hui, près de deux fois plus de

fumeurs déclarent avoir envie d'arrêter de fumer dans le mois à venir (12 % en 1999 contre 22 % en 2003). C'est encourageant, puisqu'on sait que plus le délai projeté est court, plus la motivation est grande.

Enfin, le prix devient une motivation primordiale pour arrêter de fumer puisque il est la 2<sup>e</sup> raison invoquée (4<sup>e</sup> place en 1999), la première restant les conséquences sur la santé. Chez les fumeurs qui veulent arrêter dans le mois, 68,3 % citent le prix comme principale motivation à l'arrêt. De plus, le prix est cité par près de la moitié des fumeurs ayant arrêté depuis moins d'un an contre 11 % pour ceux ayant arrêté depuis plus d'un an.

Les résultats de cette enquête confirment que la baisse importante des ventes de cigarettes (- 13,5 % entre 2002 et 2003) traduit une réelle diminution de la consommation. La très forte augmentation des personnes sous traitement de sevrage tabagique (+44 %) et la multiplication par deux du nombre d'appels quotidiens à la ligne *Tabac Info Service* pour la même période conforte également la très nette hausse des personnes ayant arrêté depuis un an.

*D'après un communiqué de presse de l'INPES, 1<sup>er</sup> février 2004*

Vous pouvez télécharger le dossier de 10 pages 'Enquête sur la prévalence du tabagisme en décembre 2003' sur le site [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

## RÉFLEXION

# Typologie de l'utilisation de données épidémiologiques

**L'**évaluation de la diffusion et de l'utilisation d'informations sanitaires est relativement peu systématisée. L'Observatoire de la Santé du Hainaut gère un système d'information sanitaire provincial. Il s'est penché sur l'utilisation de données issues d'une enquête sur la santé des jeunes, par ses propres services, par d'autres professionnels et acteurs de la santé et par les médias. L'analyse a été réalisée en collaboration avec le Réseau international de la santé du cœur en francophonie. Une

proposition de typologie des modalités de diffusion de données épidémiologiques est issue de cette réflexion.

Institution provinciale de promotion de la santé, l'Observatoire de la Santé du Hainaut répartit ses activités en plusieurs pôles : l'information sanitaire, l'éducation pour la santé (y compris la production d'outils), la programmation et la communication. Dans le cadre de l'information sanitaire, l'Observatoire de la Santé du Hainaut recueille et analyse des données existantes et les publie sous forme de « Tableaux de

bord ». Il réalise aussi ses propres enquêtes, lesquelles sont alors diffusées sous le titre de « Carnets de bord » ou sous forme de monographies. Les utilisations des données se sont révélées au cours du temps nombreuses et variées. Les analyser présentait l'intérêt de les réunir en catégories, de distinguer des exploitations plus courantes que d'autres, d'identifier les canaux de diffusion les plus porteurs, de se questionner sur les canaux sous-utilisés. La communication autour des chiffres allait pouvoir être questionnée grâce à cette analyse.

Enfin, étudier l'exploitation des données d'un système d'information sanitaire permet d'appréhender un des objectifs prioritaires de ce système, à savoir l'aide aux interventions de santé publique.

## Méthode

Pour partir d'un exemple concret, l'Observatoire de la Santé du Hainaut a entrepris de recenser toutes les occurrences de diffusion des données d'une enquête sur la santé des jeunes baptisée « La santé au cœur des jeunes ». Cette enquête a été conduite au sein du Réseau santé du cœur en francophonie, qui réunit le Hainaut, la Picardie, la province de Québec, le canton de Vaud en Suisse et la région de Sousse en Tunisie. La santé cardiovasculaire constitue clairement une priorité de santé publique dans la plupart des pays industrialisés ou en voie de l'être. Les facteurs de risque modifiables, liés aux conditions et modes de vie, s'installent dès le plus jeune âge. C'est dans le but d'intervenir dans le processus que le programme « La santé au cœur des jeunes » a été mis sur pied.

En Hainaut, l'enquête sur la santé des jeunes a été menée auprès de 4000 jeunes, de 9 à 17 ans. Elle comportait une prise de sang, la mesure de la taille, du poids et de la tension artérielle, un test d'endurance physique ainsi que des questions sur le comportement alimentaire, la pratique d'activités physiques et l'attitude face au tabac. Le questionnaire permettait aussi d'aborder l'influence des pairs, la demande d'aide et les représentations de santé.

Un relevé exhaustif des outils de diffusion et de l'utilisation des résultats a permis d'établir une classification, testée ensuite dans les 4 autres centres du Réseau santé du cœur en francophonie.

## Résultats

Depuis la fin de l'enquête, en janvier 98, et jusqu'en décembre 2003, 77 modalités de diffusion ont été recensées en Hainaut. Un classement de ces modalités en cinq groupes et 17 sous-catégories est présenté dans le tableau suivant.

L'analyse de la répartition, en Hainaut, des modalités de diffusion montre que 68,5 % d'entre elles concernent la diffusion médiatique.

Les productions scientifiques et académiques représentent 24 % de la diffusion, soit 18 modalités de diffusion. Elles concernent des productions menées en solo par le Hainaut (9) ou en collaboration avec les partenaires français (7).

Les autres catégories (manifestations publiques, utilisation des données dans du matériel d'éducation ou de communication, utilisation des données dans des documents d'orientation stratégique ou de programmation de santé) représentent, ensemble, 7,5 % des modalités de diffusion.

En ce qui concerne la diffusion médiatique, 2/3 des articles sont parus dans la presse régionale ; 90 % de l'information en radio et en télé a été relayée par des chaînes régionales.

## Discussion

Le repérage systématique de l'utilisation des données d'une enquête épidémiologique a permis de créer une typologie à vocation opérationnelle. Cette classification permet de calculer le poids relatif des différentes modalités. Elle présente a priori un intérêt pour l'évaluation de la diffusion des données et aussi pour une programmation active de cette diffusion. Elle doit être validée.

L'enquête sur la santé des jeunes a été menée conjointement dans différentes régions par des institutions dont le profil diffère. Pour la Picardie, l'enquête a été réalisée via l'Observatoire régional de la santé ; pour le Canton de Vaud, via l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne ; pour la Province de Québec grâce à la Direction de la santé publique de Québec ; pour la région de Sousse, avec l'implication de la Faculté de Médecine de Sousse et en Province de Hainaut, via l'Observatoire de la Santé du Hainaut.

Le profil des différentes institutions explique les différences observées dans les modes de diffusion des données.

Les productions scientifiques et académiques (monographie, rapport de recherche, article scientifique, communication scientifique) sont d'un niveau équivalent pour les différentes régions : 19 en Hainaut, 15 en Picardie, 16 pour le Canton de Vaud, 17 pour la région de Sousse. Certaines communications scientifiques sont menées en étroite collaboration, comparant des résultats respectifs (c'est le cas pour la Picardie et le Hainaut).

On constate cependant, dans cette catégorie « productions scientifiques et académiques » que les articles scientifiques sont produits en nombre variable (10 pour la Faculté de médecine de Sousse, 10 pour l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive ; 1 pour l'Observatoire de la Santé du Hainaut ; 1 pour l'Observatoire régional de la santé de Picardie) et logiquement plus nombreux lorsque l'institution dispose d'un profil universitaire.

Par contre, ces mêmes institutions universitaires ont moins recours à la communication médiatique (4 modalités de diffusion sont classées dans cette catégorie pour l'Institut universitaire de médecine sociale et aucune pour la Faculté de Médecine de Sousse).

L'Observatoire de la Santé du Hainaut, par son organisation (secteur éducation santé, cellule communication) apparaît prolifique en utilisation de données dans du matériel d'éducation et de communication (brochure,

Utilisation des données de l'enquête « La santé au cœur des jeunes »			
Productions scientifiques et académiques	19	Monographie	1
		Rapport de recherche	1
		Article scientifique	17
Manifestations publiques	3	Communication scientifique orale	1
		Séance d'information pour le public enquêté	1
		Séance d'information pour un public de professionnels	1
Utilisation des données dans du matériel d'éducation ou de communication	2	Séance d'information pour le grand public	1
		Brochure	1
		Vidéo ou clip	1
Diffusion médiatique	52	Matériel pédagogique autre	1
		Conférence de presse	5
		Communiqué de presse	38
		Article de presse	1
		Dont presse nationale (1) ou pages régionales d'une édition nationale (11)	1
		Presse régionale (26)	1
		Reportage ou billet radio/TV	8
Diffusion via Internet	1		
Utilisation des données dans des documents d'orientation stratégique ou de programmation de santé	2	Régional	1
		National	1

clip télé). Des données y sont citées. La presse est également sollicitée comme relais de l'information vers la population, ce dont elle s'acquitte bien volontiers.

On notera, en France, une utilisation originale et interactive proposée par l'Observatoire régional de Picardie : la base de données est accessible sur Internet pour les « clubs de santé » des collèges et des lycées. Les étudiants et les enseignants peuvent ainsi se livrer à des « extractions à la carte ».

Pour ce qui concerne la typologie, il apparaît qu'elle rassemble à la fois les aspects de diffusion et d'utilisation plus directe des données dans des outils spécifiques et des programmes.

Ce choix est sous-tendu par la conviction qu'une diffusion de qualité contribue à l'utilisation des données épidémiologiques. Bien sûr, les données sur la santé des jeunes doivent déboucher sur des actions. Mais les données elles-mêmes ne méritent-elles pas d'être déclinées sur tous les tons, dans une tentative d'en « imprégner » les acteurs du modèle

choisi, à savoir le modèle socio-écologique d'intervention en promotion de la santé avec les acteurs individuels, du milieu de vie et de l'environnement socio-politique ?

Ce souci partagé a conduit l'équipe suisse à désigner une personne pour prendre en charge le travail de communication sur les données de l'enquête.

La classification peut certainement être développée. Ainsi, pour chaque catégorie de diffusion identifiée, il serait intéressant d'estimer le nombre final de bénéficiaires de l'information (professionnels et grand public).

Il serait utile aussi de porter une attention spécifique aux dérapages constatés dans l'utilisation de données.

## Conclusions

Cette première proposition d'analyse de l'utilisation de données épidémiologiques gagnera à être testée dans d'autres contextes. On peut espérer qu'elle puisse soutenir le développement d'une expertise

(suite p. 18)

## Réceptivité de la presse aux données épidémiologiques

**Dans le sillage de l'enquête sur la santé des jeunes, un document d'orientation stratégique, « La santé au cœur des jeunes, de l'analyse à l'action », a vu le jour. Il a été présenté à la presse. L'information a été diversement relayée.**

Cette brochure de 52 pages présente les principaux résultats de l'enquête et fait le point sur les groupes de travail initiés suite à l'enquête. Le modèle socio-écologique de l'intervention de santé y est aussi abordé. Le document développe le passage des constats d'enquête à la mise en œuvre de programmes de santé.

Notre communication vers la presse (conférence de presse et communiqué de presse) s'est structurée autour de 10 messages, qui ont été répercutés de façon plus ou moins exhaustive par les journaux suivants : La Province, La Nouvelle Gazette, La Dernière Heure, Nord-Eclair, Le Soir, Le Généraliste (hebdomadaire) et En Marche (bimensuel). Voici ce que cela donne pour chacun des items selon le nombre de journaux qui reprennent l'idée :

- le recueil des données et leur analyse (100 % des médias);
- la mobilisation des acteurs (100 %);
- la participation des acteurs, dont les jeunes (100 %);
- le lancement d'un programme structuré (85,7 %);
- la nécessité des partenariats (71,4 %);
- l'amélioration et la création d'actions (42,8 %);
- le point sur les actions concrètes en cours (42,8 %);
- l'inscription du programme dans la durée (42,8 %);
- la mise à disposition de la brochure (42,8 %);
- le modèle socio-écologique comme cadre de référence (28,5 %).

Nous nous sommes livrés au relevé de ces idées dans les articles produits sur ce projet.

De toute évidence, les données sur la santé ont les faveurs de la presse. Le grand oublié se révèle être l'organisation d'interventions basée sur le modèle socio-écologique de la santé, capital à nos yeux, mais de traduction peut-être malaisée en termes journalistiques.

Les actions concrètes en cours et la référence au document disponible « La santé au cœur des jeunes » sont étonnamment oubliées par un média sur deux. Considérant les résultats de cette analyse des articles, nous avons fait l'hypothèse d'un trop grand nombre d'idées que nous aurions voulues clés. Certaines auraient probablement gagné en visibilité à être regroupées.

Il semble évident qu'à partir des données, des vagues successives de communication sont nécessaires pour aborder leurs implications en terme d'intervention.

## De données locales à un impact national

**Des données de santé de l'Observatoire de la Santé de Hainaut lui ont permis de nouer des collaborations et d'initier des projets dépassant la dimension loco-régionale.**

Des données sur la santé cardiovasculaire en Hainaut ont permis à l'Observatoire de lancer une « Chronique santé cardiovasculaire » dans le quotidien *La Nouvelle Gazette*. Si l'édition de la Région du Centre fut la première à accueillir le rendez-vous santé, l'édition montoise embraya. Entre-temps, la chronique était devenue « Chronique santé ». Elle se déconnectait peu à peu de son seul aspect cardiovasculaire.

Des données épidémiologiques ont également servi de démarreur pour un projet mené avec les chaînes de télévision régionales hennuyères. Douze clips de deux minutes ont en effet été diffusés sur ces chaînes. Leur thème ? La santé cardiovasculaire et la prévention des cancers, et plus précisément l'alimentation, l'arrêt tabagique, le contrôle de la tension artérielle par le médecin généraliste, le dépistage du cancer du sein et du cancer du col, la pratique d'une activité physique au quotidien.

Deux volets constituaient chacun des spots, le premier délivrant une information scientifique ou des données chiffrées, le second ouvrant des perspectives pratiques favorables pour la santé.

L'expérience de ces clips a incité l'Observatoire de la Santé du Hainaut à tenter de délivrer le même message en ayant recours aux espaces de diffusion gratuits qui existent, au sein des écrans publicitaires, sur les chaînes de télévision et de radio en Communauté française et ce au prorata de la publicité qu'accueillent ces chaînes pour des médicaments, des traitements médicaux et des boissons alcoolisées. Le format étant différent (30 secondes), le contenu des spots a dû être reformulé, le message final restant lui inchangé. Des spots ont ainsi vu le jour sur l'alimentation (graisses cachées, fruits et légumes, modes de cuisson), l'activité physique au quotidien.

Une autre campagne médiatique, du ressort de la Communauté française, et visant à sensibiliser au surpoids et à l'obésité infantiles, a aussi eu recours à des données sur la santé des jeunes produites par l'Observatoire de la Santé du Hainaut.

en matière de communication dans le champ de l'information sanitaire.

L'outil s'est d'ores et déjà révélé un outil sensible pour évaluer des particularités dans la diffusion respective des données par les régions impliquées dans l'enquête « La santé au cœur des jeunes ».

L'analyse de la diffusion permet également d'identifier les canaux sous-utilisés.

Les questionnaires de systèmes d'informations sanitaires, en systématisant l'étude de la diffusion, pourront disposer d'instruments pratiques pour optimiser celle-ci en

accord avec les principes de la nouvelle santé publique.

Luc Berghmans, Médecin-Directeur et  
Véronique Janzyk, Cellule Communication,  
Observatoire de la Santé du Hainaut

## DOCUMENTATION

# Les productions récentes de RESOdoc

### Quatre dossiers...

L'Unité d'éducation pour la santé de l'Université catholique de Louvain réalise sur demande des dossiers techniques, revues de littérature sur des sujets ou questions de promotion de la santé. Ce service est accessible gratuitement à tout organisme belge de promotion de la santé.

Voici une brève présentation des quatre derniers dossiers parus.

### Prise en charge globale des patients souffrant de douleurs chroniques

L'objet de ce dossier est d'explorer dans la littérature comment on prend en charge à l'heure actuelle les patients qui souffrent de douleurs chroniques non cancéreuses, en examinant les méthodes recommandées de prise en charge multidisciplinaire, globale et éducative de ces patients.

La prise en charge pharmacologique de la douleur a fortement évolué ces dernières années, alors que l'accompagnement psychosocio-éducatif se développe plus lentement.

*BERREWAERTS J., DOUMONT D., DECCACHE A., Comment prend-on en charge de façon globale et psycho-socio-éducative les patients souffrant de douleurs chroniques ?, dossier technique 03-24, septembre 2003.*

### L'évaluation des politiques et des pratiques de santé scolaire

En novembre 2002, le Ministère de la santé en Communauté française de Belgique a initié un projet d'évaluation de l'implantation de sa nouvelle politique de promotion de la santé à l'école. Le RESO a donc réalisé un dossier sur l'évaluation des politiques de promotion de la santé à l'école dans différents pays européens, dans le but d'aider à évaluer la mise en place du nouveau décret relatif à la PSE dans notre pays. Ce dossier

s'intéresse à la France, à la Suisse et au Réseau européen des écoles en santé.

*RENARD F., DOUMONT D., L'évaluation des politiques et des pratiques de santé scolaire en Communauté française de Belgique, en France et en Suisse, dossier technique 03-25, octobre 2003.*

### Mode de vie et santé des familles 1 et 2

Le Centre local de promotion de la santé du Brabant wallon organise un cycle de quatre conférences locales, s'intéressant 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 la 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.

La première conférence 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 l'aider à préparer une deuxième conférence axée sur les "modes de vie" au sein de la famille et les déterminants de santé. Dans ce cadre, deux dossiers techniques ont été réalisés, le premier traitant préférentiellement de la problématique d'une alimentation saine, du tabagisme et de l'alcoolisme, et le second complétant le premier en abordant d'autres thématiques telles que l'activité physique, le sommeil, la gestion du stress et la consommation médicamenteuse.

*DOUMONT D., LIBION F., Mode de vie et santé des familles, dossier technique 03-26, décembre 2003.*

*DOUMONT D., LIBION F., Santé des familles : influences du mode de vie - 2<sup>e</sup> partie (activité physique, médicaments, stress et sommeil), dossier technique 03-27, décembre 2003.*

*Pour tout renseignement : UCL RESO, avenue Mounier 50, 1200 Bruxelles. Tél.: 02 764 50 70. Fax : 02 764 50 74.*

*Pour une demande de réalisation de dossier, contactez Dominique Doumont, dominique.doumont@reso.ucl.ac.be*

*Pour une commande de dossier, contactez Karine Verstraeten, karine.verstraeten@reso.ucl.ac.be. Une participation aux frais de 12 € sera demandée. Les dossiers sont également présentés dans leur intégralité sur le site <http://www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso/dossiers/> dans un format qui permet de les imprimer facilement et gratuitement.*

### ...et deux recueils

A l'initiative de l'ULB-Promes et en partenariat avec le CLPS de Bruxelles, RESOdoc coordonne une série de Recueils documentaires. Ils traitent des sujets les plus fréquents pour lesquels les centres de documentation en éducation et promotion de la santé sont le plus souvent sollicités par leurs utilisateurs. Ils rassemblent des documents, données, projets, informations, références, sites internet..., les plus utiles sur un sujet donné de promotion de la santé.

Le n° 9 traite de l'**asthme et des affections respiratoires**, et a été réalisé en collaboration étroite avec la Fondation contre les affections respiratoires et pour l'éducation pour la santé (FARES), la Fondation pour la prévention des allergies et le Centre PMS-COCOF.

Le n° 10 traite du **mal-être psychique des adolescents et des enfants**, et a été réalisé avec les Centres PMS-PSE-COCOF.

*Les recueils documentaires peuvent être obtenus au prix de 13,20 € (frais de port inclus pour la Belgique) auprès de Karine Verstraeten ou Yvette Gossiaux (voir adresse ci-dessus).*

MVA

**Alimentation et développement durable****Liège****11 et 12 juin 2004**

Comment sensibiliser à l'alimentation en intégrant le développement durable ? Manger, cela peut être... le plaisir de découvrir de nouveaux goûts, la santé, le rapport qualité/prix, l'agriculture biologique, l'importation massive d'aliments pour nos élevages intensifs, la banalisation de nos campagnes et de notre biodiversité par les monocultures, les multinationales de la distribution avec la perte de contact producteur/consommateur, les emballages qui font déborder nos poubelles... L'alimentation touche au social, à l'économique et à l'environnement!

*Renseignements : CRIE de Liège et l'Institut d'Eco-Pédagogie, Rue Fusch 3, 4000 Liège. Tél.: 04 250 95 83.*

*Courriel : [crie.liege@swing.be](mailto:crie.liege@swing.be). Internet : <http://www.education-environnement.be/crie>*

**Enfant****Bruxelles****16, 17 et 18 juin 2004**

Congrès européen francophone co-organisé par la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale, la Coordination enfance et la Commission communautaire française.

Les transformations sociétales ont toujours des effets immédiats sur la vie des enfants. Leur langage, leur comportement, leurs représentations bougent et surprennent leurs aînés. Au centre d'attentions, parfois d'inquiétudes, l'enfant se construit psychiquement dans une multiplicité de liens avec les parents, l'entourage, en famille, à l'école, en rue, dans les lieux publics ou de loisirs qu'il fréquente.

Les familles se défont et se reforment selon des schémas à peine imaginables il y a trente ans. L'enfant, lui, est devenu la cible privilégiée d'une société dominée par les valeurs marchandes. On lui reconnaît de nouveaux droits juridiques. Il surfe dans un monde où le déplacement des limites pose question. La violence subie ou provoquée fait partie de son univers.

Dans ce contexte, les parents, les enseignants, les éducateurs, sont en panne de repère et cherchent de nouveaux points d'appui.

Les professionnels de la santé mentale observent eux aussi une évolution tant dans les demandes d'aide des familles et des enfants que dans leur façon de les entendre. Les praticiens se sont engagés dans des réflexions sur les dimensions sociales et politiques de leurs interventions. Le travail pluridisciplinaire au sein des équipes est mis en question et prend de nouvelles dimensions. Il se joue de plus en plus souvent dans le cadre

de relations en réseau entre professionnels concernés par l'enfance.

L'objectif du Congrès est de reconsidérer les notions de liens dans l'accompagnement et la prévention.

Le Congrès se déroulera au Centre culturel et de congrès de Woluwé-Saint-Pierre.

*Le programme et le bulletin d'inscription peuvent être demandés au secrétariat du Congrès, Ligue bruxelloise pour la santé mentale, rue du Président 53, 1050 Bruxelles. Tél. 02 511 55 43. Fax : 02 511 52 76.*

*Courriel : [lbfsm@skynet.be](mailto:lbfsm@skynet.be)*

**Santé mentale****Bruxelles****17 juin**

*Médoc en stock*, débat sur les médicaments psychotropes (antidépresseurs et autres...) avec des usagers et des professionnels de la psychiatrie, des membres de la ligue des droits de l'homme, des membres de la "Maison Peule du Vivier", des participants des ateliers satiriques de l'autre "lieu"...

Lieu : Collectif de santé "La Perche", chaussée de Forest 183, 1060 Bruxelles.

*Renseignements : L'autre "lieu", rue Marie-Thérèse 61, 1210 Bruxelles. Tél.: 02 230 62 60.*

**Drogues****Gand****18 juin 2004**

Matinée d'étude consacrée à une présentation de la recherche 'La politique des drogues en chiffres', étude des acteurs concernés, des dépenses publiques et des populations atteintes. Cette recherche a été réalisée sous la direction des professeurs De Ruyver (U Gent), Pelc (ULB) et Casselman (KUL) et sous l'égide du Service fédéral de politique scientifique.

Lieu : Auditorium 'De Schelde', Centre administratif provincial, Woodrow Wilsonplein 2-3, 9000 Gand.

Inscription au plus tard le 8 juin par courriel, fax ou courrier.

*Renseignements : Vakgroep Strafrecht en Criminologie, Pr. De Ruyver et Kim Geenens, Universiteitstraat 4, 9000 Gand. Tél.: 09 264 69 47. Fax 09 264 69 71.*

*Courriel : [Kim.Geenens@Ugent.be](mailto:Kim.Geenens@Ugent.be)*

**Accidents****Besançon****5 au 9 juillet 2004**

Dans le cadre de l'Université d'été francophone en santé publique (voir présentation dans *Education Santé* n°189 - avril 2004, ou voir sur les sites

<http://www.urcam.org/univete/index.htm> ou

<http://www.univ-fcomte.fr>), un module

intitulé "Promotion de la sécurité et prévention des traumatismes intentionnels et non

intentionnels, destiné aux personnes impliquées dans des actions de santé concernant le suicide, les accidents domestiques de l'enfant, la violence, les chutes des personnes âgées... Ce module est élaboré par les membres du Réseau francophone international de prévention des traumatismes. Il peut accueillir 60 participants : ne tardez donc pas à vous inscrire auprès de Caroline Guillin, tél. +3 81 66 55 75, courriel : [caroline.guillin.fc@wanadoo.fr](mailto:caroline.guillin.fc@wanadoo.fr) ou [cguillin@urcam.org](mailto:cguillin@urcam.org).

*Secrétariat de l'Université d'été francophone en santé publique, Faculté de médecine et de pharmacie, place Saint-Jacques, F-25030 Besançon cedex.*

**Info législative**

Nous avons réalisé un tiré-à-part du décret relatif à la promotion de la santé en Communauté française (coordination des textes du 14/07/1997 et du 17/07/2003), complété par la composition du Conseil supérieur de promotion de la santé renouvelé suite à la modification du décret. Ce document de 7 pages au format PDF peut nous être demandé par courriel à [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be).

**Environnement**

Le 7 mai 2004, Inter-Environnement Wallonie a signé avec de nombreuses personnalités l'Appel de Paris sur les dangers sanitaires de la pollution chimique. Cet appel a été lancé à l'initiative de l'Association pour la recherche thérapeutique anti-cancéreuse lors d'un colloque à l'Unesco à Paris. Il recommande des mesures fortes pour réduire les émissions de gaz à effet de serre et l'application du principe de précaution concernant les produits chimiques. Il demande un renforcement du programme européen REACH et incite les Etats à obliger toute personne publique ou privée à assumer la responsabilité des effets de ses actes ou de ses carences à agir. Rejoignez les nombreux scientifiques et associations à signer l'appel de Paris sur [http://www.artac.info/appel\\_de\\_paris.htm](http://www.artac.info/appel_de_paris.htm) Signature ouverte en ligne pour les associations et tous les citoyens.

*Inter-Environnement Wallonie, boulevard du Nord 6, 5000 Namur. Tél.: 081 255 294.*

**Une précision**

Dans l'édition du mois dernier, nous présentions le site de la Direction générale de la santé du Ministère de la Communauté française Wallonie Bruxelles. Si vous avez tenté de le visiter, vous vous serez sûrement rendu compte que dans l'adresse que nous donnions manquait l'indispensable "www". Voici donc l'adresse correcte :

<http://www.sante.cfwb.be>

## Dossier

### Santé des enfants : la place des parents

#### Introduction

Les parents, premiers éducateurs à la vie, *Laure Carrère, Michel Dépinoy*

#### Santé : les parents, transmetteurs de savoirs ?

Qu'entend-on par parentalité ?, *Bernadette Tillard*

La santé des enfants, fonction parentale d'hier et

d'aujourd'hui, *Catherine Cicchelli-Pugeault*

Adolescence : les parents, valeur refuge, *Marie Choquet*

La famille, lieu d'apprentissages multiples, *Geneviève Cresson*

Mères et pères : des rôles différenciés, *Didier Lauru*

#### Médias : de l'accompagnement parental à la nuisance des images

Christine Ducamp-Mayolle : « Les parents se sentent dépossédés de leurs fonctions d'éducateurs », *Propos recueillis par Yves Géry*

Violences visuelles : dialoguer plutôt qu'interdire, *Serge Tisseron*

#### Parents/Professionnels : une responsabilité partagée

Entre éducation et respect de l'autonomie, *Brigitte Cadéac, Nadège Pierre*

Et si professionnels et parents œuvraient ensemble ?,

*Maurice Titran, Annick-Camille Dumaret*

Maurice Titran : « Nous tentons d'aider les parents à faire

émerger leurs talents », *Propos recueillis par Yves Géry*

Ateliers santé : une porte ouverte sur la parentalité,

*Claudine Campy-Comte, Anne-Marie Saugeron*

Rencontres nutrition : un lieu de débat entre parents et professionnels, *Anne Van Craynest-Puyvrandan*

#### Quand les politiques publiques et les actions de terrain intègrent la parentalité

La parentalité commence avant la naissance, *Élisabeth Vérité*

Et si on prenait au sérieux l'accompagnement des

parents ?, *Marie-Thérèse Fritz*

Un temps pour reconstruire la parentalité ébréchée,

*Hélène Dacal, Valérie Verdier*

Un réseau de soutien à la parentalité, *Bernadette Roussille*



#### La parentalité s'exerce aussi à l'hôpital

Trousseau, hôpital ouvert aux parents, *Marie-Line Pruvost*

« Accueillir et déculpabiliser », *Sylvie Gervaise*

Bébés prématurés : les parents, acteurs des soins,

*Geneviève Binet*

Genève : des parents épaulés par des psychologues,

*Zarina Qayoom*

Mieux accepter les parents en milieu hospitalier, *Pierre Ganz*

#### Pour en savoir plus

*Olivier Delmer, Catherine Lavielle*

#### Éducation du patient

Aide à l'arrêt du tabac : le Languedoc-Roussillon

s'organise en réseau, *Anne Stroebner-Delbarre, Delphine*

*Couralet, Maria-Rosa Ortiz*

#### La santé en chiffres

Surpoids, obésité et régimes alimentaires, *Arnaud Gautier*

#### Cinésanté

Osmosis Jones, *Michel Condé*

#### Lectures - outils

*Olivier Delmer, Fabienne Lemonnier*

L'abonnement à *La Santé de l'Homme* (6 numéros par an)

est de 28 € pour la France métropolitaine et de

38 € pour la Belgique. Pour tout renseignement :

*La Santé de l'Homme, Institut national de prévention et*

*d'éducation pour la santé, 42 Bd de la Libération, 93203*

*Saint-Denis Cedex. Tél. 1 49 33 22 22.*

*Fax 1 49 33 23 90. Internet : [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)*

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

**Abonnement** : gratuit pour la Belgique, 25 € pour 11 numéros pour l'étranger.

Paieusement 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 50).

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

**Journaliste** : Carine Maillard

**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 (02-246 48 51)

**Site internet** : Maryse Van Audenhaege (02-246 48 51).

**Contact abonnés** : Franca Tartamella (02-246 48 53).

**Comité stratégique** : Anne Avaux, 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** : Els Demeyer.

**Mise en page** : Muriel Logist.

**Impression** : Hayez.

**Tirage** : 2.400 exemplaires.

**Diffusion** : 2.100 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](http://www.educationsante.be)

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

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

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

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

## SOMMAIRE

### Initiatives

L'obésité chez les jeunes : il y a urgence, par <i>Eric Jauniaux</i>	2
Un instinct de survie ? par <i>Carine Maillard</i>	2
L'obésité de l'enfant vue par un service PSE, par <i>Jacqueline Valange</i>	4
Usages de psychotropes et prévention en "Prospective", par <i>Isabelle Boquet, Emmanuelle Caspers et Henri Patrick Ceusters</i>	6
Prévention des traumatismes survenant chez des jeunes enfants, par <i>Martine Bantuelle, Marc Sznajder et Marie-Christine Van Bastelaer</i>	11
Le Plan fédéral de lutte contre le tabagisme, par <i>Christian De Bock</i>	13
Légère diminution du nombre des fumeurs en Belgique (CRIOC)	14
1,8 million de fumeurs en moins en France!	15

### Réflexion

Typologie de l'utilisation de données épidémiologiques, par <i>Luc Berghmans et Véronique Janzyk</i>	15
--	----

### Documentation

Les productions récentes de RESOdoc	18
-------------------------------------	----

### Brèves

	19
--	----