

Observatoire de la Santé du Hainaut

Santé en Hainaut Numéro 4 • 2001



Carnet de bord de la santé 2001



La Province de Hainaut, en mettant en place un Observatoire de la Santé, a doté la région hennuyère d'une institution ressource de proximité en promotion de la santé.

L'analyse des problèmes de santé est une des missions de l'Observatoire. C'est une étape clé dans la construction de programmes répondant aux besoins prioritaires de la population.

Depuis cinq ans, un système de recueil de données combine les sources d'informations existantes et les résultats de recherches locales pour dresser en permanence un état de la situation sanitaire en Hainaut.

Le fruit de ce travail est diffusé sous forme de Tableaux de bord. Tous les deux ans, cette publication accessible à un large public présente un bilan global de la santé pour la Province. Cet outil d'analyse est utilisé tant par les professionnels médicaux et paramédicaux que par un public citoyen comme en témoignent les échos et les initiatives venant des lecteurs.

En alternance et en complément avec les Tableaux de bord, les Carnets de bord de la santé ont pour vocation de diffuser des études locales, sur des thèmes plus spécifiques.

Au sommaire de cette première édition :

- une collaboration originale entre les services de santé scolaire et l'Observatoire pour le suivi de la santé des jeunes : les Centres de Santé Scolaire Vigies.*
- la consommation d'alcool étudiée par la ville de Mouscron ;*
- les derniers résultats des Registres de l'Infarctus de Gand, Charleroi et de la région du Centre.*

Bonne lecture.



*Docteur L. BERGHMANS
Médecin-Directeur
de l'Observatoire*



*Docteur P. DUPONT
Député Permanent*

Droits d'auteurs

Service public provincial, l'Observatoire encourage la diffusion et la reproduction de l'information contenue dans cette publication. L'information extraite portera la référence:

" Observatoire de la Santé du Hainaut – Santé en Hainaut n°4, Carnet de bord de la santé, 2001 ".

Réalisation

F. Parent, E. Wéry, C. Massot, Y. Coppieters, V. Janzyk, V. Tellier, L. Berghmans.

Edition

P. Claes, A. Léonard, S. Dupont.

Secrétariat

M. Millioto, M. Depireux.

Graphisme

Ipsos factio group sprl • Tél. : 04 229 58 81 • www.ipsosfactio.be

Remerciements

- Aux équipes de santé scolaire, IMS et PMS, du Hainaut pour leur participation active à la collecte d'informations. Nous tenons à remercier particulièrement l'ensemble des participants au projet Centres de Santé Scolaire Vigies, notamment les membres du comité de suivi scientifique, le groupe de travail réunissant des représentants des services de santé scolaire suivants, volontaires pour le recueil de données : le centre de santé intercommunal de Colfontaine, le centre de santé intercommunal de Saint-Ghislain, le centre de santé intercommunal (IMSTAM) de Tournai, le centre de santé intercommunal (IMSTAM) de Péruwelz, le centre de santé intercommunal (IMSTAM) de Mouscron, le centre de santé communal de Charleroi, le centre de santé libre de Mons, le centre de santé libre de Jolimont, le centre de santé libre de Soignies, le centre PMS Communauté française de Morlanwelz.
- Au Conseil de prévention de la Ville de Mouscron.
- Aux équipes universitaires des Professeurs M. Kornitzer (ULB) et G. De Backer (RUG), au Professeur Jeanjean (UCL) et à Mesdames Hautain et Dubois pour les données sur les Registres de l'Infarctus.
- A l'ensemble des services de l'Observatoire de la Santé du Hainaut pour leur implication enthousiaste dans l'édition de cette brochure.

Le Réseau des Centres de Santé Scolaire Vigies

Introduction et méthode	p. 09
L'estimation de l'activité physique par la pratique d'un sport en dehors de l'école	p. 13
La participation à des loisirs organisés	p. 15
Les jeunes et la télévision	p. 17
L'utilisation des consoles de jeux	p. 19
La prise d'un petit déjeuner	p. 21
Les collations à la pause de 10 heures	p. 23
Surcharge pondérale et obésité	p. 25
Les habitudes de sommeil	p. 27
La consommation d'alcool	p. 29
La consultation chez le dentiste	p. 30
Les confidents privilégiés des jeunes	p. 31

Enquête sur la consommation d'alcool à Mouscron

Introduction	p. 34
Les habitudes de consommation d'alcool	p. 35
Les représentations et attitudes liées à l'alcool	p. 38

Les maladies cardiovasculaires en Hainaut

La mortalité cardiovasculaire	p. 43
Infarctus du myocarde	p. 44
Facteurs de risque à Charleroi	p. 45

Partie 1

Le Réseau des Centres
de Santé Scolaire Vigies
Carnet de bord de la santé 2001

- Introduction et méthode
- L'estimation de l'activité physique par la pratique d'un sport en dehors de l'école
- La participation à des loisirs organisés
 - Les jeunes et la télévision
 - L'utilisation des consoles de jeux
- Les collations à la pause de 10 heures
 - La prise d'un petit déjeuner
- Surcharge pondérale et obésité
 - Les habitudes de sommeil
 - La consommation d'alcool
- La consultation chez le dentiste
- Les confidents privilégiés des jeunes

En 1997, dans le cadre d'un projet européen, l'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH) a réalisé une vaste enquête sur la santé des jeunes^[1]. Les constats de cette étude ont été largement diffusés parmi les acteurs de santé, le monde de l'éducation et les autorités politiques locales. Une collaboration s'est installée entre l'OSH et dix services de santé scolaire de la Province de Hainaut pour assurer en continu le suivi épidémiologique de la situation. Elle prend la forme du réseau des Centres de Santé Scolaire Vigies (CSSV).

L'objectif du réseau est double :

- d'une part, instaurer une démarche de surveillance socio-épidémiologique pour obtenir une information globale et continue sur l'état de santé des jeunes (santé objective et santé perçue), ainsi que sur leurs modes et contextes de vie ;
- d'autre part, développer des recherches thématiques en vue d'orienter de manière efficace les actions d'éducation et de promotion de la santé vers les publics les plus vulnérables.

Né d'expériences de terrain, ce système vise la récolte d'informations utiles au pilotage des actions de promotion de la santé des jeunes.

La méthode s'inspire de l'expérience réussie des médecins généralistes vigies développée depuis 1979 par l'Institut Scientifique de la Santé Publique (ex IHE) et les associations scientifiques de médecine générale. Sur base d'un plan d'échantillonnage précis, le réseau vigie permet de collecter des données représentatives de la santé des jeunes à partir d'un nombre réduit de centres de santé scolaire (dix centres dans ce cas-ci). C'est donc un système relativement peu coûteux par rapport aux grandes enquêtes.

De plus, le partenariat entre les centres de santé scolaire et l'OSH, concrétisé par la présence sur le terrain de collaborateurs de l'OSH, améliore la validité épidémiologique des informations en assurant une standardisation des mesures. Le système est permanent et cette continuité dans l'enregistrement permet un suivi des problèmes dans le temps. Chaque année, une thématique peut être approfondie en fonction des besoins et des intérêts des participants au projet.

Ainsi, pendant l'année scolaire 2000-2001, le questionnaire explorera plus en détail les comportements en matière de tabagisme, d'usage de l'alcool et d'autres drogues.

L'enquête "Cocoryco" (tes Connaissances, ton Comportement, ton Rythme en Communauté) a testé la faisabilité du recueil d'informations lors des visites de médecine scolaire en 1999-2000. Les résultats recueillis auprès de 681 élèves du Hainaut sont présentés dans ce Carnet de bord.

Méthode et échantillon

L'ensemble du projet Centres de Santé Scolaire Vigies est porté par une équipe de recherche composée de membres de l'OSH et des dix centres de santé participants.

Un comité de suivi scientifique rassemble l'équipe de recherche, des représentants d'autres observatoires et centres de santé, ainsi que des membres d'écoles de santé publique et des Centres Locaux de Promotion de la Santé (CLPS). Ce comité a pour mandat de définir les paramètres à enregistrer, d'accompagner la recherche et d'assurer la diffusion et la meilleure utilisation possible des résultats.

L'enquête contient deux types de mesures :

- un questionnaire auto-administré avec des données socio-démographiques, des éléments sur l'activité physique, les habitudes de vie des jeunes, la santé objective des jeunes et la façon dont ils perçoivent leur santé;
- un examen biomédical comprenant la mesure standardisée du poids et de la taille.

La collecte d'informations est réalisée chez des jeunes de 9 à 17 ans à l'occasion des visites médicales habituelles dans les centres de santé. Les personnels des centres et de l'Observatoire collaborent pour assurer une récolte standardisée de l'information. Les parents sont préalablement informés et peuvent refuser que leur enfant participe. Les données recueillies sont confidentielles et anonymes. Le projet a reçu l'approbation d'un comité d'éthique médicale.

Chaque année, les échantillons d'élèves sont constitués selon la méthode des quotas.

Cette méthode d'échantillonnage permet de respecter les proportions d'élèves telles qu'elles se présentent dans le Hainaut en fonction de quatre critères:

- l'âge ;
- le sexe ;
- le réseau d'enseignement (communal, Communauté française, provincial, libre) ;
- la filière d'enseignement suivie (général, technique ou professionnel).

Le tirage aléatoire des écoles est fait par le personnel de l'OSH tandis que les classes sont choisies par le personnel des centres en tenant compte des calendriers de passage.

La carte ci-dessous montre la localisation des écoles sélectionnées dans l'enquête pilote "Cocoryco".



Description de l'échantillon

L'échantillon complet de l'enquête pilote "Cocoryco" comporte 681 élèves issus de 26 écoles et de 30 classes.

Le tableau ci-dessous reprend la distribution des élèves selon le réseau d'enseignement fréquenté.

Répartition des élèves par réseau d'enseignement (en %)		
Primaire	Hainaut* (n=96528)	Enquête "Cocoryco" (n=150)
CFB	10,4	12,7
Libre	45,3	40,0
Communal	42,9	47,3
Provincial	1,3	
Total	100,0	100,0
Secondaire		
	Hainaut* (n=105162)	Enquête "Cocoryco" (n=531)
CFB	25,9	28,1
Libre	54,8	54,2
Communal	5,4	6,2
Provincial	13,9	11,5
Total	100,0	100,0

La répartition de l'échantillon selon le réseau d'enseignement est très proche de celle observée pour l'ensemble des élèves de la Province de Hainaut.

Le tableau ci-dessous reprend la distribution des élèves du secondaire selon la filière d'enseignement.

Répartition des élèves par filière dans le secondaire (en %)		
Groupe "16 ans"	Hainaut* (n=38120)	Enquête "Cocoryco" (n=261)
Général	42,6	33,0
Technique	26,7	41,8
Professionnel	30,6	25,3
Total	100,0	100,0

La distribution est en ordre de grandeur représentative avec toutefois une sur-représentation des élèves du réseau technique.

Le tableau ci-dessous reprend la distribution des jeunes selon l'âge, le sexe et différentes données socio-économiques.

Description de l'échantillon (N=681)	%	n	
Sexe	Garçons	49	329
	Filles	51	350
Groupe d'âge	9-10-11 ans (groupe "10 ans")	30	203
	12-13-14 ans (groupe "13 ans")	32	217
	15-16-17 ans (groupe "16 ans")	38	261
Nationalité du père	Belge	69	461
	Union européenne	24	161
	Autre nationalité	7	47
Composition du ménage	Vit avec ses deux parents	75	486
	Famille monoparentale	16	100
	Famille recomposée	9	58
Travail des parents	Les deux parents travaillent	55	349
	Un parent travaille	35	222
	Aucun parent ne travaille	10	64
Travail de la mère	Oui	61	404
	Non	39	261
Profession du père	Profession manuelle NQ*	48	284
	Profession manuelle Q**	16	93
	Profession non manuelle NQ	20	118
	Profession non manuelle Q	16	93

*NQ: non qualifiée. **Q: qualifiée.

Par rapport à la population d'enfants scolarisés en Hainaut, il existe, dans notre échantillon, une sur-représentation des élèves de la classe d'âge 16 ans. Afin d'éviter les biais d'analyse, les résultats seront en général présentés stratifiés par âge et par sexe.

La présentation des résultats de l'enquête "Jeunes" ^[1] (1997-1998) avait déjà montré le poids des facteurs socio-économiques dans de multiples dimensions de la santé. Les résultats présentés dans ce Carnet de bord 2001 témoignent, une fois de plus, de cette dimension socio-économique de la santé et de la qualité de vie. Cependant, ce facteur socio-économique doit être apprécié avec prudence. En effet, l'ampleur des inégalités sociales de santé varie selon les indicateurs choisis tant en ce qui concerne la quantification des variables socio-économiques, que la quantification des variables de santé ^[2]. Pour des raisons de facilité de lecture et à titre d'illustration, le nombre de "revenus du travail" dans le ménage et le type de profession exercée par le père sont utilisés comme indicateurs socio-économiques. L'indicateur du nombre de revenus du travail est basé sur la question "Est-ce que ton père/ta mère travaille?". Il a été utilisé soit en trois catégories (2 revenus, 1 revenu ou 0 revenu), soit en deux catégories (2 versus 1 ou 0). Le type de profession exercée par le père est présenté en deux catégories (manuel versus non manuel). D'autres indicateurs socio-économiques pourront occasionnellement être utilisés dans le texte.

Une sélection de thèmes fait l'objet de fiches présentant les indicateurs de santé étudiés en fonction de l'âge, du sexe, de la situation socio-économique ou d'autres déterminants.

Trois groupes d'âge sont considérés: les jeunes de 9, 10 et 11 ans ; ceux de 12, 13 et 14 ans et enfin ceux de 15, 16 et 17 ans.

Par souci de lisibilité, ces groupes seront dénommés "jeunes de 10 ans", "jeunes de 13 ans" et "jeunes de 16 ans" dans le texte et les graphiques.

Un choix restreint de variables est présenté dans ce Carnet de bord 2001. La sélection s'est basée, d'une part, sur la validité des données, mais surtout sur la pertinence des informations à diffuser pour les différents acteurs impliqués dans le processus CSSV.

Après avoir étudié la distribution des principales variables, nous avons analysé les données en fonction de différents paramètres susceptibles d'avoir un impact sur la santé. Il s'agit des paramètres socio-économiques et démographiques suivants: le sexe, le groupe d'âge, la nationalité du père, la composition du ménage, le nombre de revenus dans le ménage et la qualification professionnelle du père.

La signification statistique de l'association entre deux variables est mesurée par le test du chi carré de Pearson. Le seuil de signification de 5 % a été retenu, ce qui veut dire que l'on est sûr à 95 % que l'association observée dans notre échantillon n'est pas due au hasard. Toutes les associations présentées dans ce Carnet de bord sont statistiquement significatives sauf s'il est explicitement précisé que l'association est à la limite de la signification statistique ou qu'elle n'est pas significative.

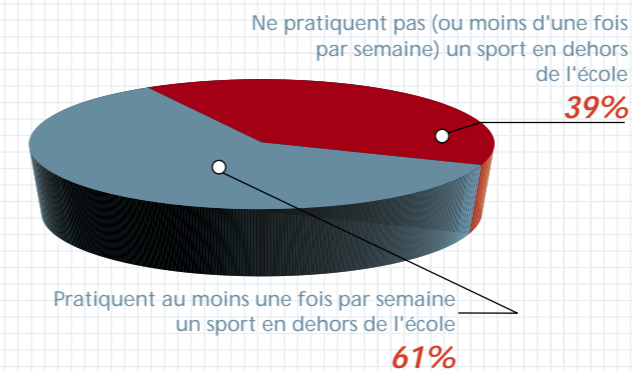
Les pourcentages présentés dans le texte et les graphiques sont arrondis à l'unité la plus proche.

L'estimation de l'activité physique

par la pratique d'un sport en dehors de l'école

La place de l'activité physique et du sport dans l'occupation du temps libre des jeunes est importante à évaluer d'un point de vue de santé publique. L'action positive d'une activité physique régulière sur le développement et le maintien de la santé est bien documentée sur le plan scientifique.

Graphique 1 : Pratique d'un sport hors de l'école (en club ou pas) (n=672).



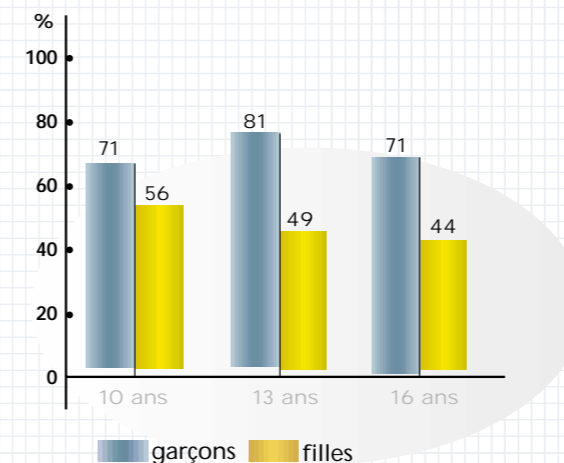
Il est difficile d'évaluer par auto-questionnaire le niveau d'activité physique d'une personne. Dans cette enquête, la pratique d'un sport en dehors de l'école, en club ou pas, a été choisie comme indicateur de l'activité physique des jeunes.

Dans l'analyse des résultats, nous avons choisi de définir comme "sportifs" ceux qui pratiquent au moins une fois par semaine du sport en dehors de l'école et comme "non sportifs" ceux qui en pratiquent moins fréquemment ou pas.

Près de 40 % des jeunes déclarent ne pas pratiquer au moins une fois par semaine un sport en dehors de l'école, que ce soit en club ou pas.

Dans l'ensemble de l'échantillon, la proportion de filles "sportives" (49 %) est moins importante que la proportion de garçons "sportifs" (74 %).

Graphique 2 : Proportion de "sportifs" ou "sportives" selon l'âge et le sexe (n=670).



Le graphique 2 illustre l'évolution de la proportion de "sportifs" en fonction de l'âge et du sexe.

La proportion de filles sportives diminue avec l'âge passant de 56 % à 10 ans à 49 % à 13 ans puis à 44 % à 16 ans. Chez les garçons, cette tendance à l'abandon de la pratique sportive ne se retrouve pas ici mais bien dans d'autres études. Par exemple, une étude allemande récente^[3] montre une diminution progressive de l'appartenance à un club sportif entre 10 et 18 ans, passant de 71 % à 57 % chez les garçons et de 57 % à 33 % chez les filles.

Pour modifier cette tendance, il serait important d'étudier en détail les motifs de l'abandon chez les jeunes et de s'interroger à cet égard sur la politique des clubs en faveur des jeunes qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas briller dans l'élite^[4].

Selon l'âge et le sexe, la pratique sportive peut être influencée par des facteurs socio-économiques. L'un d'eux est le nombre de revenus du travail dans le ménage.

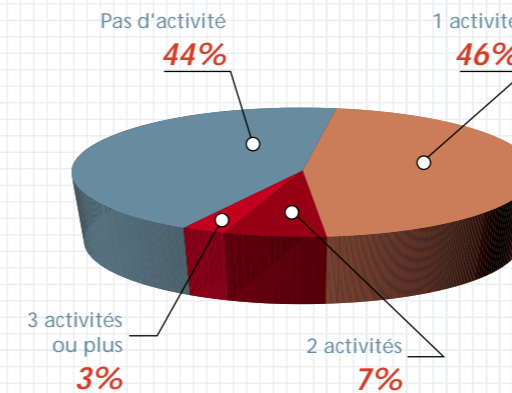
La proportion de "sportifs" est moins importante (57 %) dans les familles ayant un seul revenu du travail ou aucun que dans les familles à deux revenus du travail (67 %).

La participation

à des loisirs organisés

La fréquentation de loisirs organisés a également été étudiée en interrogeant les jeunes sur leur participation à des mouvements de jeunesse (patro, scoutisme), des cours (musique, dessin, diction, art dramatique), des activités parascolaires (informatique, langues) ou encore des cours de religion. Les loisirs organisés sont l'occasion de contacts sociaux, notamment avec les adultes.

Graphique 5 :
Participation à des loisirs organisés (n=375).



Dans la présentation des résultats, sont considérés comme "participants" les jeunes qui participent au moins à un des quatre types d'activités susmentionnés et comme "non participants" ceux qui ne participent à aucun.

Comme le montre le graphique 5, 44 % des jeunes de l'échantillon ne participent à aucun loisir organisé et pour les autres, la participation concerne essentiellement une seule activité (46 %).

Sur le graphique 6, on ne constate pas de différence dans la proportion des jeunes dits "participants" selon le sexe, mais bien selon l'âge.

La proportion de jeunes "participants" augmente chez les filles de 42 % à 10 ans à 65 % à 13 ans et 67 % à 16 ans.

Chez les garçons, elle augmente de 48 % à 10 ans à 58 % à 13 ans puis à 68 % à 16 ans. C'est donc une tendance inverse de celle observée pour la pratique sportive.

La participation à des loisirs organisés en dehors de l'école est liée à certains facteurs socio-économiques. L'un d'eux est la catégorie professionnelle du père. En effet, la proportion de "participants" est moins importante (51 %) dans les familles où le père exerce une profession manuelle que dans les familles où la profession du père n'est pas manuelle (72 %).

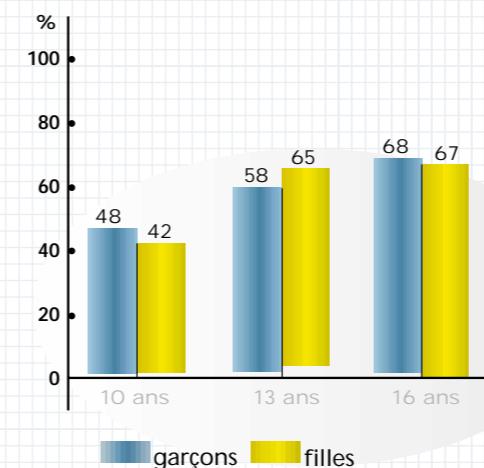
La participation à des loisirs organisés est également liée au fait que la mère travaille ou non. Ainsi, la proportion de jeunes dits "participants" est moins importante (49 %) lorsque la mère n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée que lorsqu'elle en exerce une (60 %).

L'influence des facteurs sociaux avait déjà été mise en évidence dans l'enquête de 1997.

La proportion de jeunes "participants" est plus faible (43 %) chez les "téléspectateurs assidus" qui regardent la télévision au moins 3 fois par jour que chez les "téléspectateurs modérés" qui regardent la télévision moins de 3 fois par jour (65 %).

La proportion de jeunes qui participent à des loisirs organisés est plus importante (60 %) chez ceux qui pratiquent un sport que chez ceux qui n'en pratiquent pas (51 %). Cette différence est cependant à la limite de la signification statistique. Il semble donc que le fait de participer à des loisirs organisés ne se fasse pas au détriment de la pratique sportive, au contraire. Cependant, ces résultats devraient être confirmés par d'autres études.

Graphique 6 : Proportion de "participants" selon l'âge et le sexe (n=373).



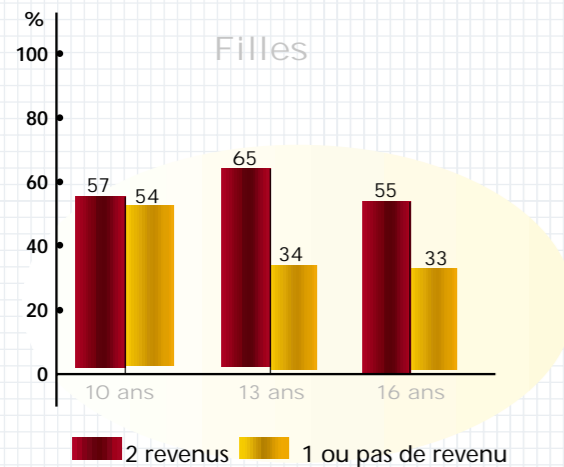
44 % des jeunes affirment ne participer à aucun loisir organisé en dehors de l'école.

La proportion de jeunes "participants" augmente avec l'âge, à l'inverse de la pratique sportive extra-scolaire. La participation à des loisirs organisés ne semble pas se faire au détriment de la pratique sportive.

La participation aux loisirs organisés est influencée par les conditions socio-économiques.

Par ailleurs, la proportion de jeunes qui ne participent à aucun loisir organisé est plus importante chez les "téléspectateurs assidus" que chez les "téléspectateurs modérés".

Graphique 3 : Proportion de filles "sportives" selon l'âge en fonction du nombre de revenus du travail dans le ménage (n=320).



Les graphiques 3 et 4 étudient, pour chaque sexe, les différences de pratique sportive par classe d'âge en fonction du nombre de revenus du travail dans le ménage.

La proportion de filles de 13 ans sportives est moins élevée dans les familles qui ont un seul revenu du travail ou aucun (34 %) que dans les familles à deux revenus du travail (65 %). La même tendance est observée chez les filles de 16 ans (33 % versus 55 %) (graphique 3). Dans notre échantillon, le nombre de revenus du travail du ménage ne semble pas influencer la pratique sportive des garçons (graphique 4).

D'autres indicateurs socio-économiques sont également liés à la pratique sportive.

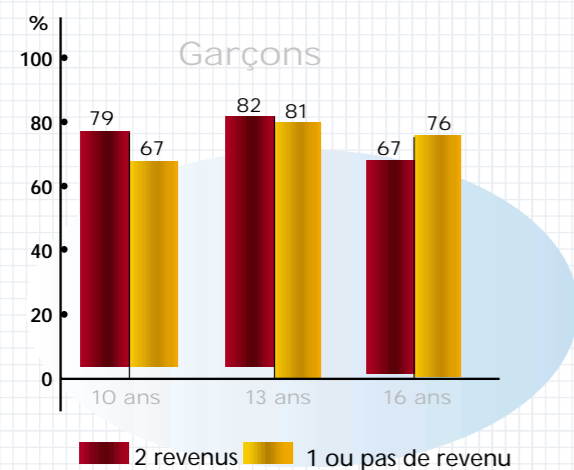
Ainsi, la proportion de filles de 13 et 16 ans "sportives" est moins importante (respectivement 36 % et 31 %) lorsque la mère n'exerce pas d'activité rémunérée que lorsque la mère exerce une profession (respectivement 61 % et 51 %).

De même, à 16 ans, la proportion de filles "sportives" est moindre lorsque le père exerce une profession manuelle (38 % versus 59 % pour une profession non manuelle).

Nos résultats confirment l'influence des facteurs sociaux mise en évidence dans l'enquête de 1997.

Les influences de l'environnement socio-économique sur la pratique sportive ne se limitent pas aux jeunes. Une récente étude suédoise^[5] a montré que les habitudes sportives chez les adultes de 15 à 41 ans sont fortement liées au statut social et plus particulièrement au niveau d'études.

Graphique 4 : Proportion de garçons "sportifs" selon l'âge en fonction du nombre de revenus du travail dans le ménage (n=305).



Près de 40 % des jeunes affirment ne pas pratiquer au moins une fois par semaine un sport en dehors de l'école, que ce soit en club ou pas. Cette pratique diminue avec l'âge.

Les filles s'adonnent moins à des activités sportives que les garçons et leur pratique est sensiblement influencée par les conditions socio-économiques.

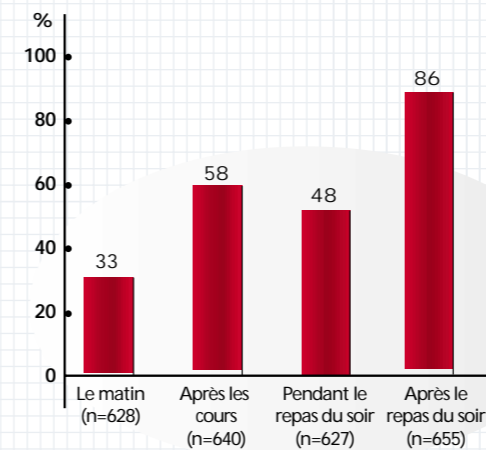
Toute politique de santé devrait s'interroger sur les stratégies de promotion et de maintien de l'activité physique et sportive.

Les stratégies devraient prendre en compte les demandes et les aspirations des jeunes, les caractéristiques des milieux de vie et l'environnement.

Les jeunes et la télévision

La télévision, loisir sédentaire s'il en est, est clairement identifiée comme un facteur de risque de l'accroissement de l'obésité des jeunes ^[6].

Graphique 7 : Proportion de jeunes regardant la télévision selon le moment de la journée, les jours de classe.



En effet, l'excès de poids résulte d'un déséquilibre entre l'énergie consommée sous forme d'aliments et les dépenses d'énergie. La baisse du niveau d'activité physique est souvent incriminée dans l'épidémie de surcharge pondérale que connaissent les pays industrialisés.

Notre enquête a relevé la fréquence des épisodes de consommation télévisuelle pendant les jours de classe: au lever, au retour de l'école, pendant le repas du soir et après celui-ci.

Le graphique 7 montre que les jeunes sont près de 90 % à regarder la télévision après le repas du soir. Ils sont près de 60 % à la regarder après les cours (65 % des garçons et 51 % des filles).

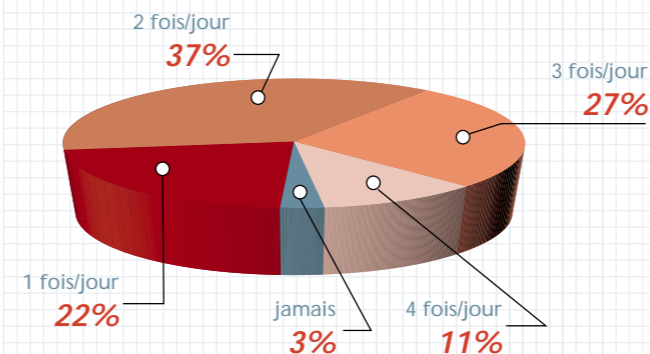
Pendant le repas du soir, ils sont 48 % à regarder la télévision (50 % de garçons versus 46 % de filles).

De nombreux jeunes (33 %) et plus particulièrement les garçons (36 %) que les filles (29 %) regardent déjà la télévision le matin avant de partir à l'école.

Pour l'essentiel, cette consommation matinale est le fait de jeunes de 10 ans (54 % des consommateurs matinaux).

Les garçons sont plus nombreux que les filles à regarder la télévision le matin et après les cours. La fréquence de consommation est la même en soirée.

Graphique 8 : Répartition des jeunes en fonction de la consommation télévisuelle, les jours de classe (n=601).



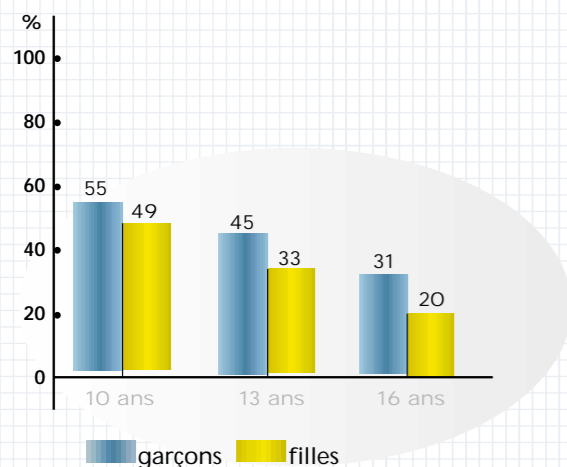
Le graphique 8 présente la répartition des jeunes en fonction du nombre de fois où ils regardent la télévision par jour.

Dans notre échantillon, 97 % des jeunes regardent la télévision une fois par jour au moins.

On observe que 38 % des jeunes regardent la télévision trois fois par jour ou plus les jours de classe. Nous les dénommerons "télé spectateurs assidus" dans l'analyse.

Les garçons sont plus fréquemment "télé spectateurs assidus" (43 %) que les filles (33 %), et ceci quel que soit l'âge.

Graphique 9 : Proportion de " téléspectateurs assidus " (au moins trois fois par jour) selon l'âge et le sexe (n=599).



On constate une diminution de la proportion de "téléspectateurs assidus" avec l'âge. Elle passe chez les garçons de 55 % à 10 ans à 31 % à 16 ans et chez les filles de 49 % à 10 ans à 20 % à 16 ans (graphique 9).

Les habitudes télévisuelles varient en fonction des caractéristiques socio-économiques.

La proportion de "téléspectateurs assidus", chez les jeunes issus de ménages ayant 1 revenu ou n'en ayant aucun, est plus forte (44 %) que dans les ménages à deux revenus (32 %).

De même, la proportion de jeunes "téléspectateurs assidus" est plus importante lorsque la profession du père est manuelle (42 %) que lorsqu'elle ne l'est pas (25 %).

L'Hôpital Universitaire Des Enfants Reine Fabiola a constaté que parmi les jeunes qui consultent pour des problèmes d'obésité, les plus corpulents sont ceux qui, en nombre d'heures par semaine, sont les plus "assidus" devant le petit écran. Ce sont les mêmes qui déclarent une activité physique extra-scolaire inférieure en moyenne à une heure par semaine^[7].

Des interventions réalisées en milieu scolaire pour réduire le temps passé devant la télévision et à jouer aux jeux vidéo semblent avoir fait leurs preuves, avec une répercussion sur l'Indice de Masse Corporelle des bénéficiaires^[8].

Presque tous les jeunes regardent la télévision au moins une fois par jour, les jours de classe.

Plus d'un tiers des jeunes peuvent être considérés comme des " téléspectateurs assidus ", c'est-à-dire regardant la télévision au moins trois fois par jour. Dans cet échantillon, on ne retrouve pas de lien entre cet indicateur de consommation et l'obésité. Cependant, on l'a trouvé dans l'enquête de 1997 et dans d'autres études mesurant différemment la consommation télévisuelle.

Les enfants les plus jeunes sont dans l'ensemble les plus exposés.

La consommation télévisuelle est influencée par les conditions socio-économiques.

Elle est plus importante chez les jeunes issus de ménages à un revenu ou sans revenu du travail et lorsque la profession du père est une profession manuelle.

L'utilisation des consoles de jeux

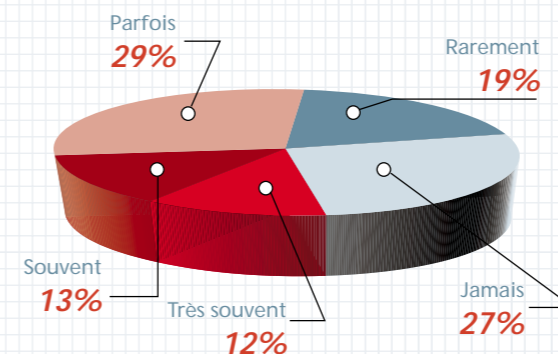
L'accès à un environnement informatique et aux consoles de jeux est en constante progression.

Ce phénomène est relativement récent au sein des ménages.

L'utilisation des consoles de jeux et des ordinateurs contraint le jeune à une relative immobilité et peut être considérée comme un indicateur de loisirs sédentaires.

Notre enquête analyse la fréquence d'utilisation des consoles de jeux les jours d'école.

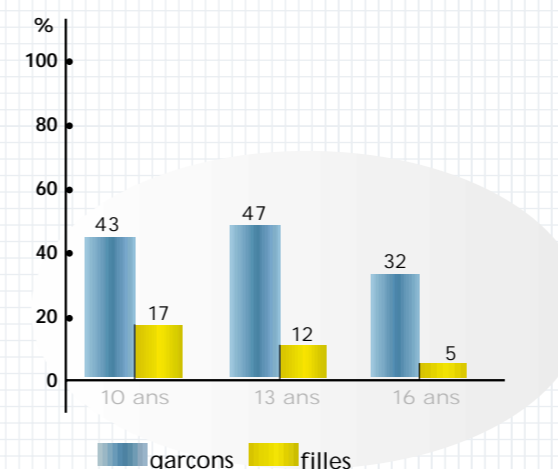
Graphique 10 : Utilisation de la console de jeux les jours de classe (n=669).



Dans notre étude (graphique 10), 25 % des jeunes déclarent utiliser souvent et très souvent des consoles de jeux. Nous les définirons comme de "grands utilisateurs". Les "utilisateurs occasionnels" sont 29 %. Les jeunes sont 46 % à ne jamais utiliser ou rarement les consoles de jeux.

Le sexe influence fortement l'usage de consoles de jeux. Dans notre échantillon, on retrouve 40 % de "grands utilisateurs" chez les garçons contre seulement 11 % chez les filles.

Graphique 11 : Proportion de "grands utilisateurs" de consoles de jeux les jours de classe, selon l'âge et le sexe (n=667).



L'utilisation de consoles de jeux décroît avec l'âge chez les filles passant de 17 % de "grandes utilisatrices" à 10 ans à 12 % à 13 ans, puis à 5 % à 16 ans.

La tendance est moins claire chez les garçons "grands utilisateurs" qui sont 43 % à 10 ans, 47 % à 13 ans et 32 % à 16 ans (graphique 11).

On remarque que la proportion de "grands utilisateurs" de consoles de jeux est plus importante dans les familles où le père exerce une profession manuelle (27 %) que dans les familles où le père exerce une profession non manuelle (18 %).

La proportion de "grands utilisateurs" de consoles de jeux est nettement plus importante chez les jeunes qui sont également des téléspectateurs "assidus" (41 %) que chez les téléspectateurs "modérés" (15 %).

Un ordinateur est disponible chez 64 % des jeunes. En 1997-1998, une enquête de l'Institut National de Statistique a montré qu'un ordinateur était présent dans 50 % des ménages.

Parmi les jeunes, 25 % sont de "grands utilisateurs" de consoles de jeux, les garçons plus fréquemment que les filles.

Comme pour la consommation télévisuelle, l'utilisation accrue de la console et de l'ordinateur est associée à un niveau socio-économique modeste.

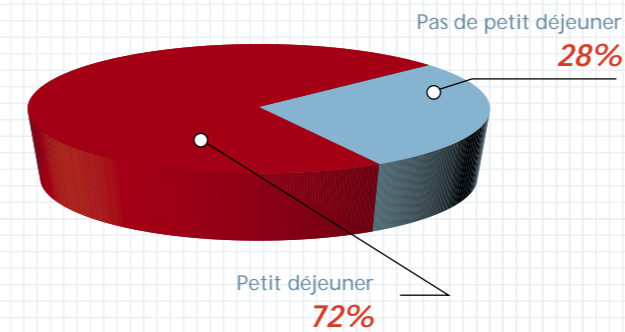
Parmi les téléspectateurs "assidus", on note une plus forte proportion de "grands utilisateurs" de consoles de jeux que parmi ceux qui sont des téléspectateurs plus "modérés".

La prise

d'un petit déjeuner

La prise d'un petit déjeuner favorise l'équilibre du bilan énergétique au cours de la journée. Dans cette enquête, on a cherché à connaître la proportion de jeunes qui prennent un petit déjeuner les jours de classe.

Graphique 12 : Prise d'un petit déjeuner les jours de classe (n=668).



Dans notre échantillon, 28 % des jeunes ne prennent habituellement pas de petit déjeuner les jours de classe. Ils étaient 23 % lors de l'enquête de 1997 (graphique 12).

Le week-end, ils ne sont plus que 12 % à ne pas prendre habituellement de petit déjeuner.

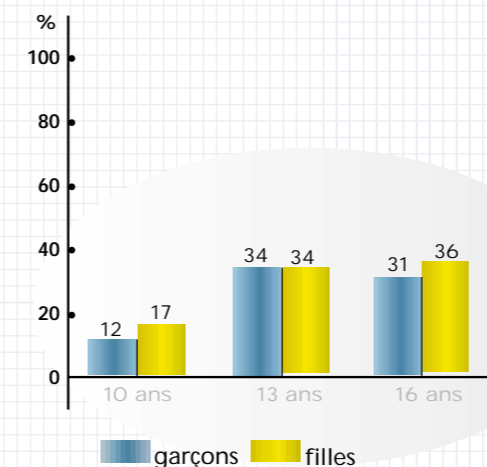
Cette différence donne à penser que des facteurs d'organisation et de temps influencent la prise du petit déjeuner pour une partie des enfants.

Tous âges confondus, la proportion de filles ne prenant pas de petit déjeuner les jours de classe (30 %) est supérieure à celle des garçons (26 %). Les adolescents (groupes d'âge 13 et 16 ans) déjeunent moins que les jeunes enfants (groupe d'âge 10 ans).

Le graphique 13 présente par sexe et groupe d'âge l'évolution de l'absence de petit déjeuner. Chez les filles, l'absence de petit déjeuner augmente nettement avec l'âge, passant de 17 % à 10 ans à 34 % à 13 ans puis à 36 % à 16 ans.

La tendance est semblable chez les garçons: 12 % d'entre eux ne déjeunent pas à 10 ans; ils sont 31 % à 16 ans.

Graphique 13 : Proportion de jeunes ne prenant pas de petit déjeuner les jours de classe selon l'âge et le sexe (n=666).



Notre enquête met en évidence l'impact de facteurs sociaux. La proportion de jeunes qui ne déjeunent pas est plus élevée dans les familles ayant un seul revenu ou n'en ayant aucun (33 %) que dans les familles à deux revenus (22 %).

La proportion de jeunes qui ne déjeunent pas est plus élevée dans les familles où la mère n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée (34 %) que dans celles où elle en exerce une (24 %).

La profession du père influence l'habitude du petit déjeuner: les jeunes issus de familles dont le père exerce une profession manuelle déjeunent moins (69 %) que ceux issus de familles dont le père est non manuel (79 %).

Il en est de même de la composition du ménage: les jeunes issus de familles monoparentales ou recomposées déjeunent moins (67 %) que ceux issus de familles où les deux parents sont présents (75 %).

L'organisation du temps semble aussi influencer la prise d'un petit déjeuner. Par exemple, les jeunes de 13 ans qui ne déjeunent pas se couchent en moyenne 28 minutes plus tard que ceux qui déjeunent.

Les jeunes de 13 ans qui ne déjeunent pas se lèvent également en moyenne 9 minutes plus tard que ceux qui déjeunent. Des observations comparables peuvent être faites chez les jeunes de 16 ans.

Près d'un tiers des jeunes ne déjeunent pas. Ce repas est plus souvent négligé chez les adolescents (groupes d'âge 13 et 16 ans) que chez les enfants (groupe d'âge 10 ans).

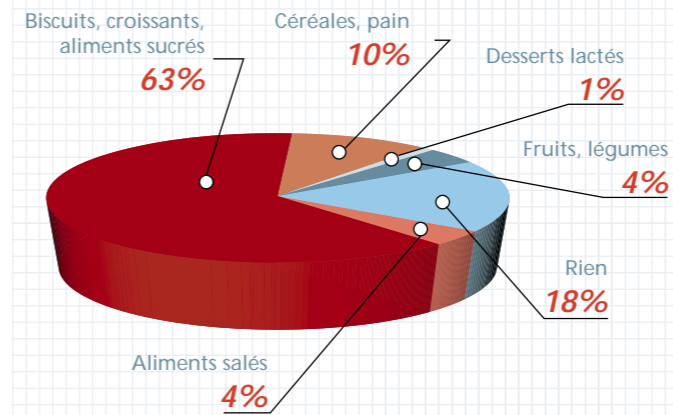
Des facteurs sociaux et d'organisation du temps influencent la prise du petit déjeuner. Elle n'est donc pas uniquement liée à un choix personnel.

Les collations

à la pause de 10 heures

Le profil alimentaire dépend des goûts personnels, des connaissances, des représentations sociales des aliments, de l'influence de la publicité, de l'organisation des secteurs de l'agro-alimentaire et de la distribution, mais aussi des habitudes acquises durant l'enfance. Un comportement alimentaire inadéquat installé dans l'enfance ou l'adolescence risque probablement de perdurer à l'âge adulte.

Graphique 14 : Répartition des jeunes selon le type d'aliments consommés à la pause de 10 heures (n=466).



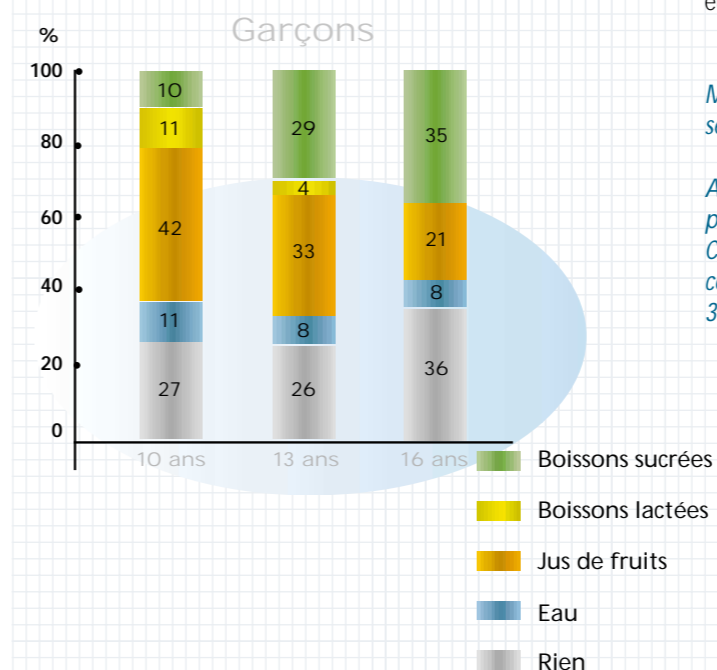
L'enquête s'est intéressée aux collations. Des collations équilibrées permettent de compléter les repas, de répartir l'apport énergétique de la journée et elles épargnent à l'organisme fringales et grignotage.

Dans notre échantillon, 2 jeunes sur 3 consomment des aliments sucrés (friandises, biscuits, croissants, ...) à 10 heures comme le montre le graphique 14.

Ils sont 18 % à ne consommer aucun aliment solide à la pause de 10 heures, 10 % à consommer du pain ou des céréales, seulement 4 % des fruits ou des légumes, et de manière très marginale 1 % à prendre des aliments lactés.

Dans l'ensemble de l'échantillon, on remarque que la proportion de filles ne prenant pas de collation à la pause de 10 heures augmente avec l'âge, (5 % à 10 ans, 15 % à 13 ans et 25 % à 16 ans).

Graphique 15 : Proportion des différentes boissons consommées par les garçons à la pause de 10 heures selon l'âge (n=210).



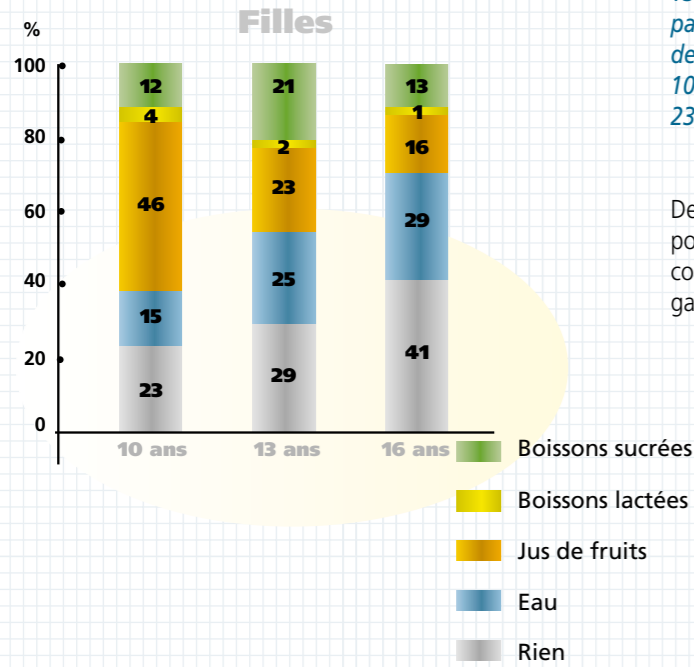
Des boissons peuvent également être consommées durant la pause de 10 heures.

Dans l'ensemble de l'échantillon, le jus de fruit est la boisson la plus fréquente pour la pause du matin (29 %). Les boissons lactées sont prisées par 4 % des jeunes seulement ; 19 % d'entre eux consomment des boissons sucrées.

Mais cette image globale doit être nuancée selon l'âge et le sexe, comme le montrent les graphiques 15 et 16.

Ainsi, chez les garçons, la consommation de boissons sucrées passe de 10 % à 10 ans à 29 % à 13 ans puis à 35 % à 16 ans. Cette augmentation se fait essentiellement au détriment de la consommation de jus de fruits qui passe de 42 % à 10 ans à 33 % à 13 ans puis à 21 % à 16 ans.

Graphique 16 : Proportion des différentes boissons consommées par les filles à la pause de 10 heures selon l'âge (n=266).



Chez les filles, la consommation de jus de fruits diminue également avec l'âge et passe de 46 % à 10 ans à 23 % à 13 ans puis à 16 % à 16 ans. Ils sont en partie remplacés par de l'eau dont la consommation passe de 15 % à 10 ans à 25 % à 13 ans puis à 29 % à 16 ans. Les jus de fruits ne sont cependant pas toujours remplacés par d'autres boissons. Le pourcentage de filles qui ne consomment aucune boisson à la pause de 10 heures augmente en effet fortement avec l'âge et passe de 23 % à 10 ans à 29 % à 13 ans puis à 41 % à 16 ans.

Des interventions en milieu scolaire ont montré leur efficacité pour améliorer les comportements alimentaires des jeunes^[9]. La consommation de produits laitiers, de fruits et de légumes gagnerait à être promue par cette voie.

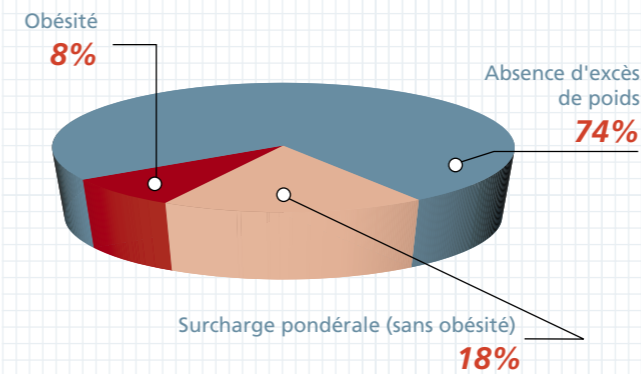
La consommation des jeunes à la pause de 10 heures est plus fréquemment sucrée. Un jeune sur trois consomme des aliments sucrés, biscuits ou croissants. Les produits lactés ainsi que les fruits et les légumes sont les grands perdants de cette pause. Avec l'âge, la proportion de filles qui consomment une boisson à la pause de 10 heures diminue fortement. La consommation de boissons sucrées augmente avec l'âge chez les garçons.

Surcharge pondérale et obésité

Le nombre d'enfants obèses en Belgique mais aussi en France et dans la plupart des pays industrialisés a plus que doublé depuis les années 80. L'obésité, définie comme un excès de masse grasse pouvant entraîner des inconvénients majeurs pour la santé, représente aujourd'hui un problème de santé publique.

L'IMC (Indice de Masse Corporelle) est retenu comme critère diagnostique de l'obésité chez l'enfant. Il s'agit du rapport poids - en kilos - sur la taille au carré - en mètres. Le seuil de l'excès de poids et celui de l'obésité est fixé selon l'âge et le sexe par l'International Obesity Task Force^[10], sous l'égide de l'OMS.

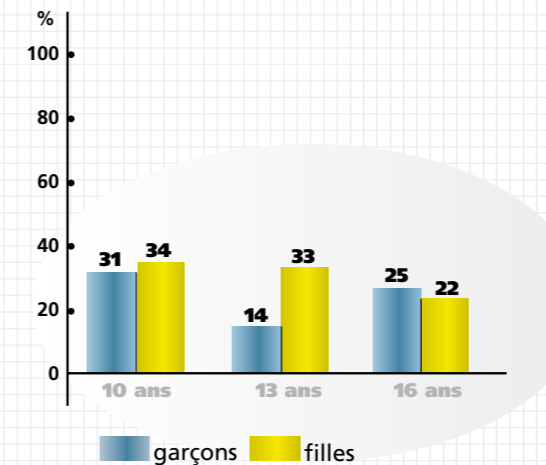
Graphique 17 : Proportion de jeunes présentant une surcharge pondérale ou une obésité (n=676).



Dans notre enquête, 18 % des enfants présentent une surcharge pondérale sans obésité et 8 % une obésité. Au total, 26 % des jeunes présentent donc un excès de poids (surcharge pondérale ou obésité) (graphique 17).

Dans l'enquête de 1997, ces chiffres étaient respectivement de 16 % et 5 %. On avait donc 21 % de jeunes en excès de poids. Ce résultat confirme l'évolution très rapide du problème.

Graphique 18 : Proportion de jeunes présentant un excès de poids (surcharge + obésité) selon l'âge et le sexe (n=674).



Dans l'ensemble de notre échantillon, la proportion de filles présentant un excès de poids (avec ou sans obésité) est plus forte (29 %) que la proportion des garçons (24 %). Cependant, cette différence n'est pas statistiquement significative.

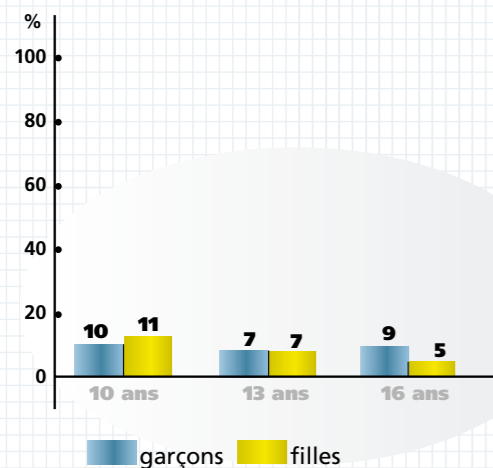
Comme le montre le graphique 18, la proportion de jeunes présentant un excès de poids varie en fait en fonction de l'âge et du sexe.

Une différence est observée en fonction de l'âge: chez les filles, 34 % présentent un excès de poids à 10 ans, 33 % à 13 ans et 22 % à 16 ans. Dans l'enquête de 1997, ces chiffres étaient respectivement de 25 %, 22 % et 18 %.

Dans notre enquête, chez les garçons, 31 % présentent un excès de poids à 10 ans, 14 % à 13 ans et 25 % à 16 ans. En 1997, ces chiffres étaient respectivement de 20 % à 10 ans, de 21 % à 13 ans et de 18 % à 16 ans.

Dans l'ensemble, il semble que l'augmentation de l'excès de poids touche plus fortement les groupes d'âge jeunes.

Graphique 19 : Proportion de jeunes présentant une obésité selon l'âge et le sexe (n=674).



Le graphique 19 concerne l'obésité. Dans notre échantillon, la proportion de filles présentant une obésité est globalement plus faible (7 %) que la proportion de garçons (9 %).

Une différence est observée en fonction de l'âge: chez les filles, 11 % présentent une obésité à 10 ans, 7 % à 13 ans et 5 % à 16 ans (graphique 19).

Parmi les garçons, 10 % présentent une obésité à 10 ans, 7 % à 13 ans et 9 % à 16 ans.

On sait qu'une obésité présente avant la puberté persiste à l'âge adulte dans 20 à 50 % des cas. Le risque s'élève à 50 % voire 70 %, pour une obésité survenue après la puberté^[11].

On mesure ici toute la pertinence de mener des actions de prévention chez les enfants et les adolescents.

Différents facteurs sont liés à la présence d'un excès de poids (obésité + surcharge pondérale) :

- la proportion de garçons présentant un excès de poids est plus élevée chez les "non sportifs" (33 %) que chez les "sportifs" (21 %);

- la proportion de filles présentant un excès de poids est plus élevée chez celles dont le père exerce une profession manuelle (33 %) que chez celles dont le père exerce une profession non manuelle (23 %). Cette différence est à la limite de la signification statistique.

L'excès de poids semble en forte progression parmi les jeunes. En 1997, l'enquête "Jeunes" montrait qu'il concernait un jeune sur cinq (21 %). En 2000, il touche 26 % des jeunes. Cette tendance demande à être vérifiée sur une plus longue durée par le système vigie mais nécessite d'ores et déjà une mobilisation des acteurs concernés.

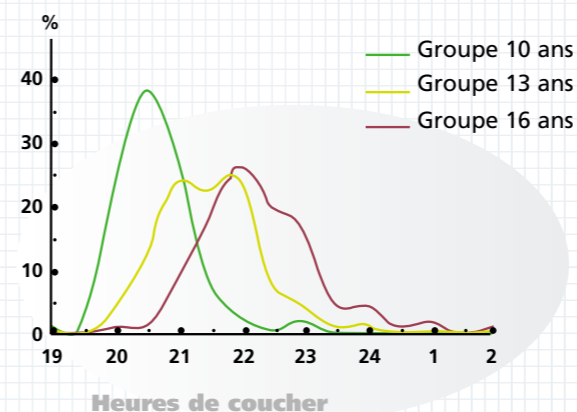
On sait que l'excès de poids chez l'enfant et l'adolescent est associé à des facteurs de risque pour la santé (pression artérielle élevée, lipides sanguins élevés, intolérance glucidique, problèmes orthopédiques, troubles du sommeil, problèmes psychologiques...). Il hypothèque aussi la qualité de vie future et constitue donc un problème prioritaire de santé publique.

Des actions de promotion de la santé devraient être soutenues afin d'agir sur les comportements liés à l'excès de poids, dont les comportements alimentaires et l'activité physique.

Les habitudes de sommeil

Si dormir suffisamment est un besoin psycho-biologique, une nécessité pour l'organisme, savoir dormir, c'est-à-dire gérer son temps de sommeil, est avant tout un apprentissage social et culturel qui doit se réaliser dès l'enfance^[12].

Graphique 20 : Répartition des jeunes de chaque classe d'âge selon l'heure à laquelle ils se couchent.



Afin de cerner les habitudes de sommeil des jeunes, nous étudions ici, pour les jours de classe, les heures de coucher et de lever ainsi que le nombre d'heures de sommeil.

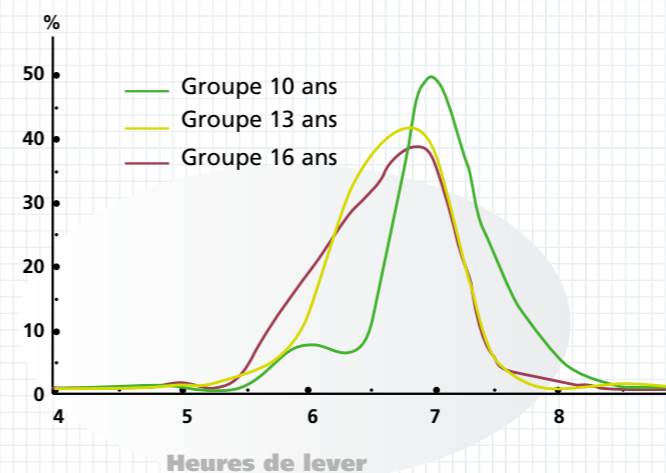
Pour chaque classe d'âge et pour l'ensemble de l'échantillon, les heures moyennes de coucher et de lever ainsi que le nombre moyen d'heures de sommeil sont décrits.

Les courbes présentées dans les graphiques 20, 21 et 22 représentent la distribution des heures de coucher, de lever et du nombre d'heures de sommeil par tranche d'une demi-heure.

Comme on peut s'y attendre, les jeunes de 10 ans se couchent en moyenne plus tôt : 20 h 43 (± 38 minutes) que les jeunes de 13 ans : 21 h 36 (± 58 minutes) et que ceux de 16 ans : 22 h 20 (± 57 minutes). Dans l'ensemble de notre échantillon, l'heure moyenne du coucher est 21 h 37 (± 66 minutes).

Pour l'ensemble des jeunes de 10 et 13 ans, l'heure moyenne de coucher est 21 h 10 (± 56 minutes). Une valeur comparable de 21 heures (± 42 minutes) a été trouvée en 1992 en Picardie chez des jeunes appartenant aux mêmes classes d'âge^[12].

Graphique 21 : Répartition des jeunes de chaque classe d'âge selon l'heure à laquelle ils se lèvent.

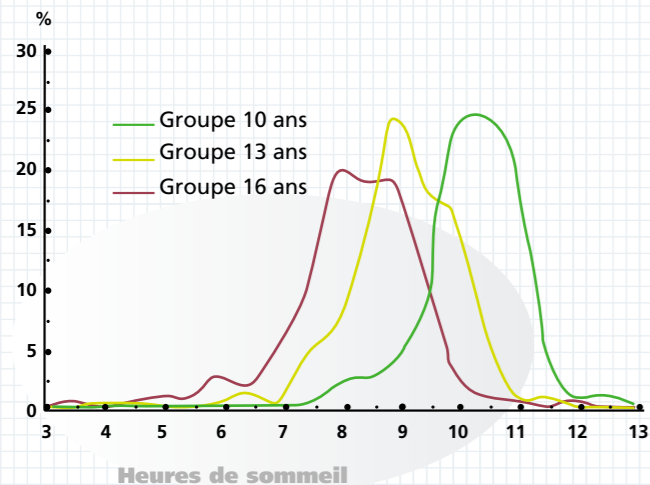


Les jeunes se lèvent en moyenne à 6 h 51 (± 32 minutes) les jours d'école. Il n'existe pas de différence selon l'âge.

Les jeunes de 10 et 13 ans de notre échantillon se lèvent en moyenne à 6 h 51 (± 33 minutes), c'est-à-dire plus tôt que les jeunes Français du même âge interrogés en 1992 qui se levaient en moyenne à 7 h 25 (± 26 minutes)^[12].

Parmi les jeunes Hennuyers de 10 et 13 ans, 11 % se lèvent avant 6 h 30 contre 1,5 % seulement des jeunes Français^[12].

Graphique 22 : Répartition des jeunes de chaque classe d'âge selon leur nombre d'heures de sommeil.



Dans l'ensemble de notre échantillon, les jeunes dorment en moyenne 9 heures 14 minutes (± 1 heure 17 minutes). Les plus jeunes dorment en moyenne plus (10 heures 24 minutes ± 51 minutes) à 10 ans que les plus âgés (9 heures 10 minutes ± 62 minutes à 13 ans et 8 heures 24 minutes ± 64 minutes à 16 ans).

Les jeunes Hennuyers de 10 et 13 ans dorment en moyenne 9 heures 45 minutes (± 68 minutes) les jours d'école, c'est-à-dire moins que les jeunes Français du même âge qui, en 1992, dormaient en moyenne 10 heures 24 minutes (± 47 minutes) ^[12].

Dans notre enquête, le niveau socio-économique ne semble pas influencer le nombre d'heures de sommeil, pas plus que la consommation télévisuelle. Par contre, l'utilisation fréquente des consoles de jeux influence le nombre d'heures de sommeil.

Si les jeunes de tous âges se lèvent en moyenne vers la même heure, les plus âgés se couchent plus tard et dorment par conséquent moins que les plus jeunes.

Dans notre échantillon, nous n'avons pas constaté de différences selon le sexe.

Les jours d'école, les jeunes Hennuyers se couchent en moyenne à la même heure que leurs camarades français. Ils se lèvent cependant plus tôt et dorment donc moins. Probablement à cause d'horaires scolaires différents.

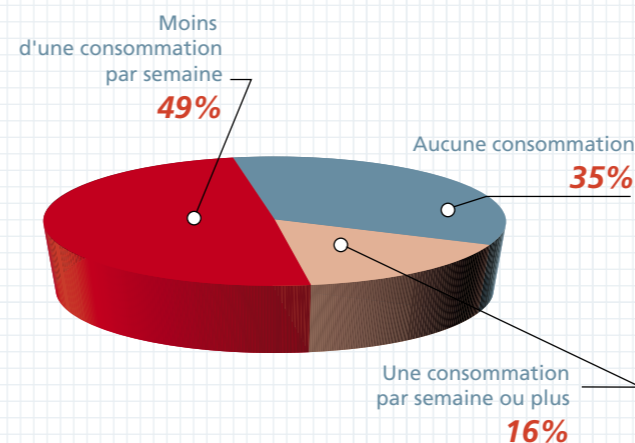
Un biais peut exister, lié au décalage entre les heures de coucher et de lever et les moments d'endormissement et d'éveil. Le nombre total d'heures de sommeil peut donc être surestimé.

La consommation d'alcool

L'abus d'alcool est responsable de maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, cirrhose, pancréatite), d'accidents et de troubles comportementaux (violence, délinquance).

Cette enquête explore la consommation de boissons alcoolisées (bière et vin) chez les jeunes de 16 ans.

Graphique 23 : Proportion de jeunes de 16 ans consommant de la bière ou du vin (n=244).

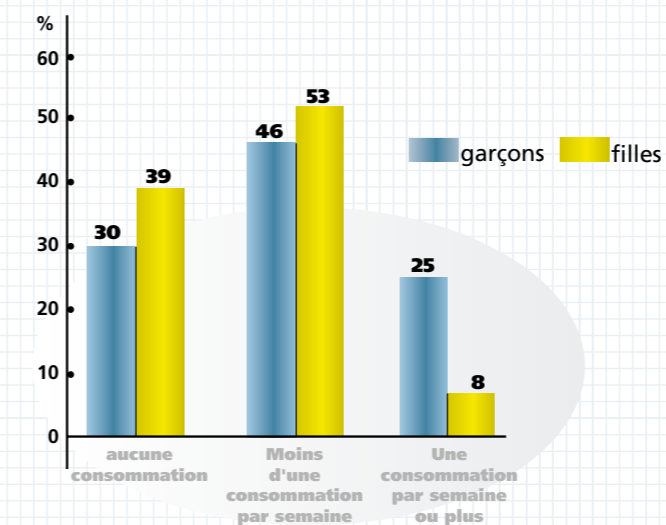


Dans notre échantillon, 16 % des jeunes de 16 ans consomment, une fois par semaine ou plus, de la bière ou du vin; 49 % en consomment moins d'une fois par semaine; 35 % n'en consomment jamais.

Lors de l'enquête de 1997, 17 % des jeunes de 16 ans consommaient de la bière ou du vin à raison d'une fois par semaine ou plus. La consommation de bière et de vin semble donc stable par rapport à 1997.

Des valeurs comparables sont mentionnées dans le Baromètre Santé de Picardie qui rapporte le chiffre de 17 % des jeunes de 15 à 17 ans consommant des boissons alcoolisées à raison d'une fois par semaine ou davantage ^[13].

Graphique 24 : Les jeunes de 16 ans et leur consommation de bière et/ou de vin selon leur sexe (n=240).



La proportion de garçons de 16 ans consommant régulièrement (une fois par semaine ou plus) de la bière ou du vin (23 %) est plus importante que la proportion de filles (8 %).

Ce fait est classiquement rapporté dans la littérature et se retrouvait également dans l'enquête "Jeunes" de 1997.

Par ailleurs, dans une étude réalisée à Mouscron chez des adultes (présentée plus loin), les hommes déclarent également plus souvent consommer de l'alcool que les femmes ^[14].

La proportion de jeunes de 16 ans consommateurs réguliers de bière ou de vin est plus importante parmi ceux qui ont déjà essayé de fumer (18 %) que parmi les autres (12 %). Mais la différence n'est pas significative.

Cela confirme donc un risque de cumul des assuétudes fréquemment mentionné dans la littérature ^[11].

La proportion de jeunes de 16 ans qui prennent régulièrement de la bière ou du vin n'a pas évolué depuis 1997. A cet âge, un garçon sur quatre est consommateur régulier et seulement une fille sur douze.

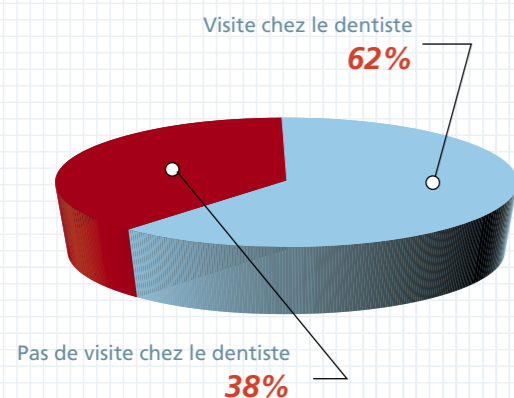
En raison du lien entre la consommation d'alcool et le tabagisme, une approche globale du problème des assuétudes chez les jeunes est pertinente, mais il faut probablement tenir compte des différences liées au sexe pour l'alcool.

La consultation

chez le dentiste

La sécurité sociale belge prévoit chaque année le remboursement de deux consultations préventives chez les jeunes de moins de 18 ans et d'une entre 18 et 23 ans. La demande de soins faite au dentiste est envisagée comme une indication du recours des jeunes aux soins de santé préventifs recommandés.

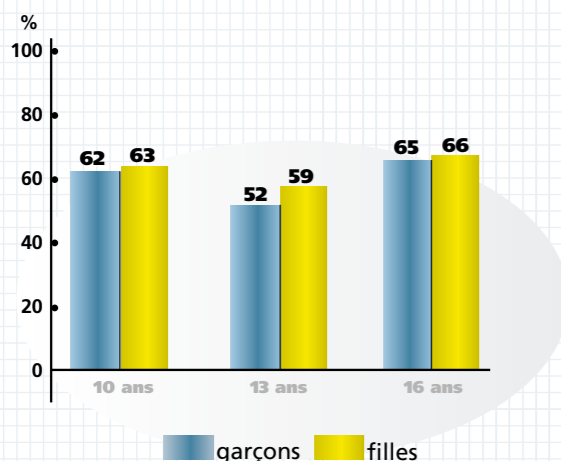
Graphique 25 : Proportion de jeunes ayant consulté un dentiste durant l'année qui précède l'étude (n=647).



Cependant, la consommation de soins dentaires rapportée dans notre enquête ne permet pas de distinguer la proportion de recours au dentiste pour des soins curatifs ou préventifs.

Dans l'ensemble de notre échantillon, 62 % des jeunes seulement ont consulté un dentiste durant l'année précédant l'enquête (graphique 25). Ils sont 63 % dans la classe d'âge 10 ans ; l'enquête de 97 révélait un taux fort semblable (60 %) dans la même classe d'âge. Des résultats similaires sont observés en France où 65 % des jeunes de 12 à 25 ans ont consulté le dentiste au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête^[15].

Graphique 26 : Proportion de jeunes ayant consulté le dentiste durant l'année qui précède l'étude selon l'âge et le sexe (n=645).



Dans notre enquête, on ne voit pas de différence marquée selon l'âge et le sexe (graphique 26). D'autres études^{[1] [15]} montrent cependant que les "non consultants" sont en général plus jeunes et de sexe masculin.

La proportion de "non consultants" peut être influencée par des facteurs socio-économiques. Les jeunes dont le père exerce une profession manuelle sont seulement 60 % à avoir consulté un dentiste au cours de l'année écoulée alors que les jeunes dont le père exerce une profession non manuelle sont 69 % à avoir bénéficié d'une telle consultation. De nombreuses études montrent également que les enfants des familles socio-économiquement moins favorisées présentent des taux de caries plus élevés. Cette différence réside entre autres dans l'exposition aux facteurs de risque (nutrition, hygiène dentaire, ...) et dans le recours à la prévention (produits fluorés, visites chez le dentiste, ...).

Les confidents

privilegiés des jeunes

Dans un contexte de recherche et d'actions sur la qualité de vie, disposer d'informations sur les personnes auxquelles les jeunes disent avoir envie de se confier est important.

Dans le cadre du projet CSSV, une recherche plus approfondie sur ce thème est envisagée (enquête "Génération Santé" 2001). Seules quelques observations sont mentionnées ici.

A la question " As-tu envie de te confier à quelqu'un si tu as des problèmes ? " (n=664), 30 % de jeunes ont répondu non. Si on ajoute à ceux-ci les 14 % ne sachant pas à qui se confier, on arrive à un total de 44 % qui ne savent pas à qui se confier en cas de problème ou ne veulent pas le faire.

Le tableau 4 montre que les confidents privilégiés des jeunes sont les ami(e)s, les parents, et les frères et sœurs. En ce qui concerne les parents, on observe une diminution en fonction du groupe d'âge à l'inverse de ce qui est observé pour les ami(e)s.

Une enquête faite en 1999 par la coordination drogue de Charleroi^[16] présente une hiérarchisation similaire dans le choix des confidents des jeunes. Cependant, cette enquête permettait de différencier parmi les parents, le parent à qui le jeune peut parler quand cela ne va pas. Ainsi, on observe une très grande différence entre la mère (63 %) et le père (36 %).

Tableau 4 : Proportion de jeunes qui se confieraient à différentes personnes selon l'âge et le sexe.

Confident		Filles (en%)			Garçons (en%)			Total (en %)
		10 ans	13 ans	16 ans	10 ans	13 ans	16 ans	
Je ne sais pas	(n=409)	19	15	7	18	17	11	14
Un(e) ami(e)	(n=493)	71	83	94	57	63	78	77
Un (tes) parent(s)	(n=483)	81	48	54	79	61	57	62
Un professeur	(n=470)	38	8	4	42	19	6	18
D'autres adultes	(n=473)	24	26	30	15	14	21	23
D'autres jeunes	(n=471)	11	33	33	15	10	29	24
Frères et sœurs	(n=477)	50	40	36	51	42	41	43

Un tiers des jeunes n'a pas eu recours aux soins dentaires durant l'année qui précède malgré les incitants financiers prévus par la sécurité sociale pour la consultation préventive. L'accès aux soins dentaires est influencé par des conditions socio-économiques. Une politique de prévention plus active est nécessaire.

Partie 2

Enquête sur la consommation
d'alcool à Mouscron
Carnet de bord de la santé 2001

- Introduction
- Les habitudes de consommation d'alcool
 - Les représentations et attitudes liées à l'alcool

Enquête sur la consommation

d'alcool à Mouscron

La consommation d'alcool peut entraîner de nombreux problèmes de santé (problèmes hépatiques, maladies cardiovasculaires, cancers, problèmes neurologiques,...). D'autre part, l'intoxication aiguë est responsable de nombreux accidents de la route et d'actes de violence.

Dans le cadre d'Objectif I (programme de développement économique cofinancé par les Communautés européennes), la Ville de Mouscron a développé des actions de prévention en matière d'abus d'alcool (actions dans les débits de boissons, présence dans des fêtes locales, ...).

Afin de mieux définir les orientations de ses interventions, la ville a souhaité étudier les habitudes de consommation de ses habitants.

L'Observatoire de la Santé du Hainaut a été chargé des aspects méthodologiques et de l'analyse des résultats de l'enquête tandis que la ville a assuré sa réalisation pratique.

Objectifs de l'enquête

- Evaluer la consommation d'alcool.
- Identifier les circonstances et les déterminants de la consommation d'alcool dans la population adulte.
- Mieux connaître la perception du risque lié à l'abus d'alcool.
- Identifier les actions de prévention connues de la population.

Méthodologie

L'étude a été réalisée sous forme d'enquête téléphonique par le personnel du Conseil de prévention de la Ville de Mouscron en juin, septembre, octobre et novembre 2000.

Un échantillon de 500 personnes a été tiré au sort dans un annuaire électronique parmi les habitants de l'entité âgés de 25 à 70 ans.

Le taux de réponse est de 56 %. Les enquêtes par interview téléphonique peuvent présenter des biais. Entre autres, certaines personnes ne disposent pas de téléphone ou possèdent seulement un téléphone mobile et ne peuvent donc pas être incluses dans notre échantillon. Il est probable qu'une majorité de ces personnes appartiennent à des classes socio-économiques peu favorisées.

Dans notre enquête, les hommes (35 % de l'échantillon) sont sous-représentés par rapport aux femmes (65 %). Les comportements en matière d'alcool étant différents selon le sexe, l'analyse devra en tenir compte.

Habitudes

de consommation d'alcool

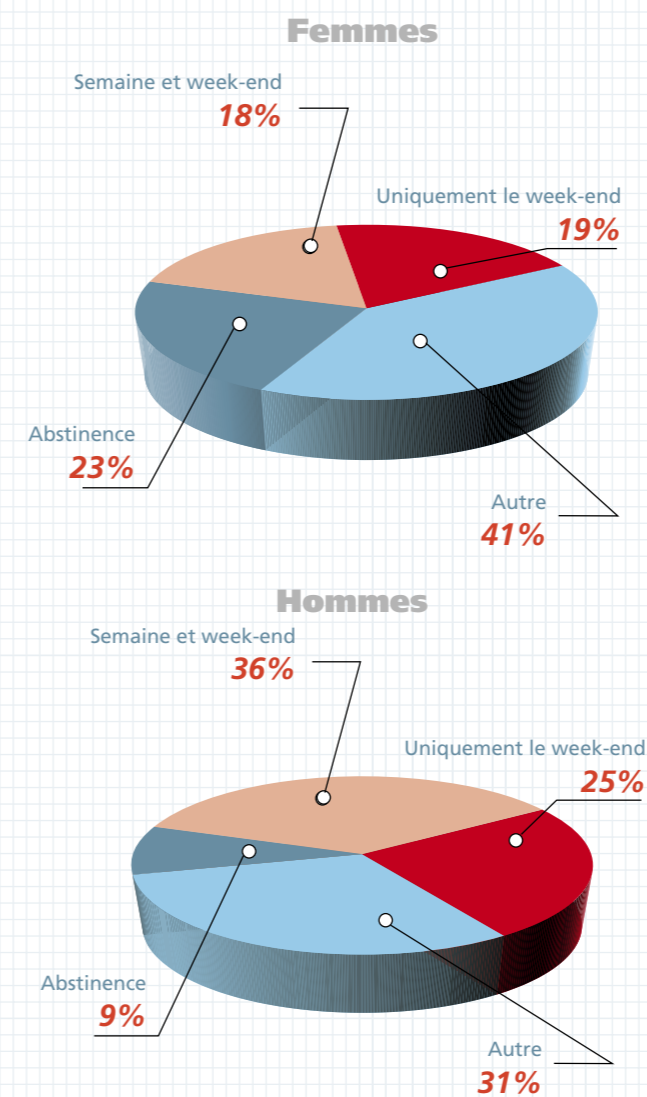
L'évaluation quantitative de la consommation d'alcool à partir d'une interview est délicate. En effet, le répondant la sous-estime souvent soit parce qu'il l'évalue mal, soit parce que sa réponse est influencée par les normes sociales. D'autre part, certaines personnes ayant des consommations très élevées risquent de ne pas participer à ce genre d'enquête. A l'échelle du pays, les statistiques de ventes au détail révèlent d'ailleurs une consommation près de deux fois plus élevée que celle estimée par questionnaire^[17].

Proportion de consommateurs

Graphiques 1 et 2: Habitudes de consommation chez les personnes de 25 à 70 ans selon le sexe.

Les graphiques 1 et 2 montrent que 91 % des hommes et 77 % des femmes se déclarent consommateurs de boissons alcoolisées. Ils sont respectivement 36 % et 18 % à en boire habituellement à la fois en semaine et le week-end. La consommation en semaine a tendance à augmenter avec l'âge.

La consommation habituelle d'alcool est plus fréquente chez les fumeurs (70 %) que chez les non-fumeurs (51 %). L'association entre tabagisme et consommation d'alcool se retrouve déjà chez les jeunes.



Mesure de la consommation

Pour les calculs de consommation, on considère qu'un verre de boisson alcoolisée, quelle qu'elle soit, servi de manière standard, contient environ 10 g d'alcool pur et représente 1 unité de consommation.

Intoxication aiguë à l'alcool

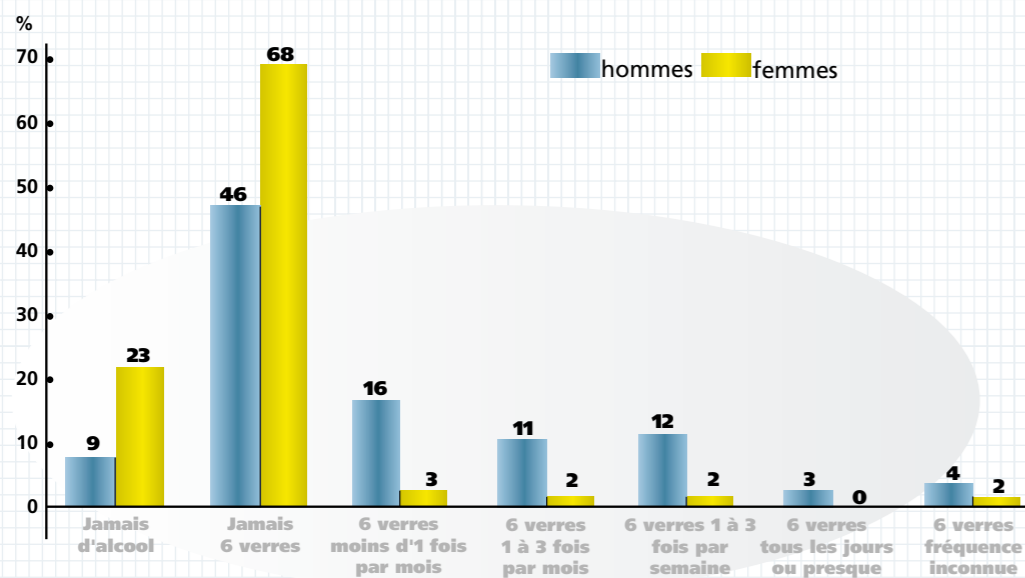
La consommation de 6 verres ou plus de boissons alcoolisées au cours d'une même journée est un indicateur retenu par l'Organisation Mondiale de la Santé pour évaluer l'importance des problèmes d'intoxication éthylique aiguë dans une population.

Pendant les six mois précédant l'enquête, 45 % des hommes et 9 % des femmes disent avoir consommé au moins une fois 6 verres d'alcool ou plus en une journée (graphique 3). Cette proportion diminue avec l'âge.

Il faut noter que 15 % des hommes disent boire plus de 6 verres d'alcool par jour une fois par semaine ou davantage.

Les résultats de notre enquête sont du même ordre de grandeur que la moyenne belge déterminée par l'Enquête Nationale de Santé de 1997 ^[19].

Graphique 3 : Fréquence de la consommation de 6 verres de boissons alcoolisées ou plus en un jour selon le sexe dans les 6 mois qui précèdent l'enquête.



Usage chronique de l'alcool

La mesure de la consommation moyenne hebdomadaire vise à détecter la proportion de personnes à risque de développer une affection chronique en raison d'une consommation régulièrement trop élevée. On estime que les risques pour la santé augmentent au-dessus de 14 unités par semaine pour les femmes et de 21 unités par semaine pour les hommes ^[18].

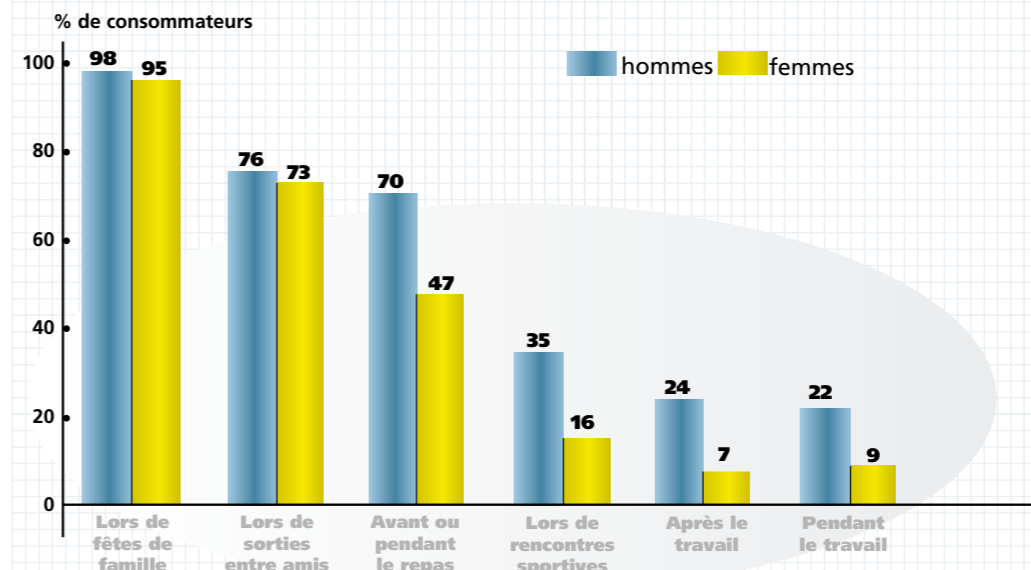
Parmi les personnes qui consomment régulièrement de l'alcool, 33 femmes déclarent boire plus de 14 unités par semaine, soit 10 % de l'échantillon total. Parmi les hommes, 38 déclarent boire plus de 21 unités par semaine, soit 21 % de l'échantillon total.

Circonstances de consommation

La consommation d'alcool est un comportement très répandu. La connaissance des circonstances de ce comportement peut aider à définir un programme de prévention de l'abus d'alcool.

Tant pour les hommes que pour les femmes, les fêtes de famille et les sorties entre amis constituent les principales circonstances de consommation (graphique 4). Boire lors des repas est aussi fréquemment cité. La consommation lors des rencontres sportives et dans le milieu du travail est surtout le fait des hommes.

Graphique 4 : Circonstances de consommation d'alcool selon le sexe.



La consommation d'alcool est un phénomène largement répandu dans la population. Comme dans la plupart des enquêtes, les hommes déclarent une consommation d'alcool nettement supérieure à celle des femmes.

Plus d'un homme sur cinq et une femme sur dix déclarent une consommation régulièrement supérieure à ce qui peut être considéré comme une consommation excessive.

Environ un homme sur quatre déclare consommer au moins une fois par mois 6 verres ou plus en un jour. Ils sont 15 % à adopter ce comportement une fois par semaine ou davantage.

Représentations

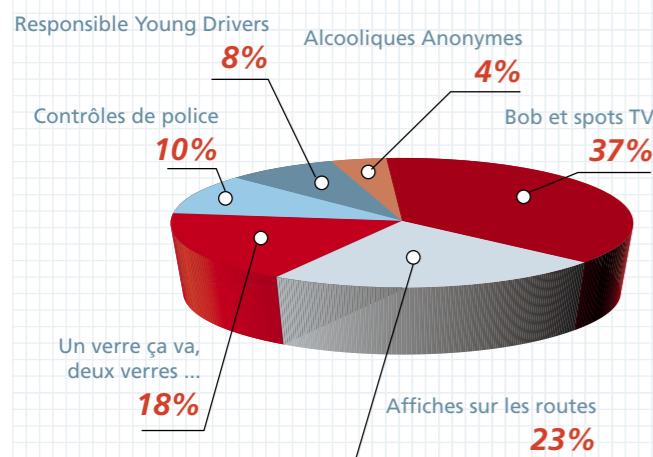
et attitudes liés à l'alcool

Les attitudes à l'égard de l'alcool et la perception des risques liés à son abus sont importantes à connaître avant de développer un programme de promotion de la santé. Elles conditionnent en effet la façon dont les messages de prévention seront perçus dans la population.

Perception des risques liés à l'abus d'alcool

La grande majorité des personnes conçoit qu'une consommation abusive d'alcool entraîne des problèmes de santé, les hommes (97 %), autant que les femmes (98 %), quel que soit le groupe d'âge. Parmi les problèmes attribués à une consommation excessive, les maladies chroniques (cirrhose, cancers, maladies cardiovasculaires, dépendance,...) représentent plus de 80 % des réponses. Les accidents de la route ne représentent qu'un peu plus de 3 % des réponses. Par ailleurs, 12 % des personnes interrogées ignorent quels sont les problèmes de santé liés à l'alcool.

Graphique 4 : Distribution des principales actions de prévention connues.



Perception du niveau de consommation excessive

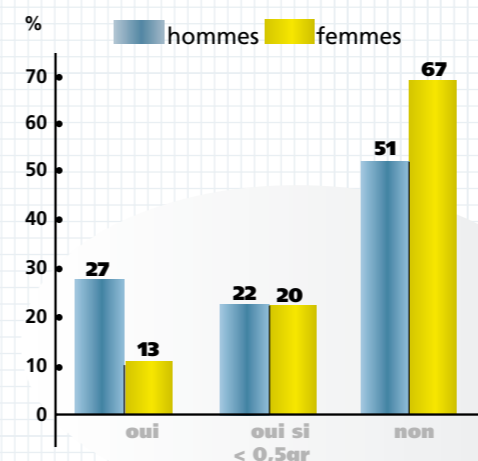
En moyenne, les hommes estiment à 28,7 verres par semaine la limite d'une consommation excessive, tandis que les femmes l'estiment à 25,9 verres par semaine. Ces chiffres sont nettement supérieurs aux limites de référence (maximum 14 verres par semaine pour les femmes et maximum 21 verres pour les hommes, répartis sur la semaine).

Connaissance des campagnes de prévention

92 % des hommes et 95 % des femmes estiment nécessaires les actions de prévention concernant les problèmes liés à la consommation d'alcool.

Plus de 90 % des actions de prévention connues concernent la conduite automobile sous l'influence de l'alcool (graphique 4).

Graphique 5 : Pourcentage de conducteurs déclarant prendre le volant après consommation de boisson alcoolisée.



Alcool et conduite automobile

Malgré l'amélioration du bilan routier de ces dernières années, environ un accident mortel sur 2 est lié à l'alcool, sans compter les centaines de blessés graves chaque année^[20]. En Belgique, le taux maximal d'alcoolémie autorisé pour conduire un véhicule est de 0,5 gramme par litre de sang. Ceci correspond à peu près à une consommation de moins de 2 verres standard d'alcool pour une femme de 60 kilos et de moins de 3 verres standard d'alcool pour un homme de 75 kilos^[21]. Notons que le taux d'alcoolémie varie aussi selon le poids, le sexe, la masse musculaire, la vitesse à laquelle les boissons sont absorbées et l'importance des repas.

Le graphique 5 montre que 51 % des conducteurs et 67 % des conductrices déclarent ne pas prendre le volant en cas de consommation d'alcool. Par contre, 27 % des hommes et 13 % des femmes conduisent leur véhicule après avoir bu de l'alcool et 22 % des hommes et 20 % des femmes ne conduisent que si leur alcoolémie est inférieure à 0,5 gramme par litre de sang. Le questionnaire ne permet cependant pas de distinguer les répondants qui savent à combien de verres d'alcool correspond cette alcoolémie.

Plus de 97 % des personnes affirment qu'une consommation abusive d'alcool peut entraîner des problèmes de santé. Ce sont principalement les affections chroniques qui sont citées (cirrhose et cancers) et peu les accidents de circulation. Il est possible que la majorité des répondants ne considèrent pas la violence et les accidents de circulation comme des problèmes de santé.

Par contre, les actions de prévention les plus fréquemment citées sont à plus de 90 % des actions concernant la conduite automobile sous l'influence de l'alcool.

Malgré cela, plus d'un conducteur sur quatre et plus d'une conductrice sur huit déclarent prendre le volant après avoir consommé de l'alcool.

Partie 3

Les maladies cardiovasculaires
en Hainaut

Carnet de bord de la santé 2001

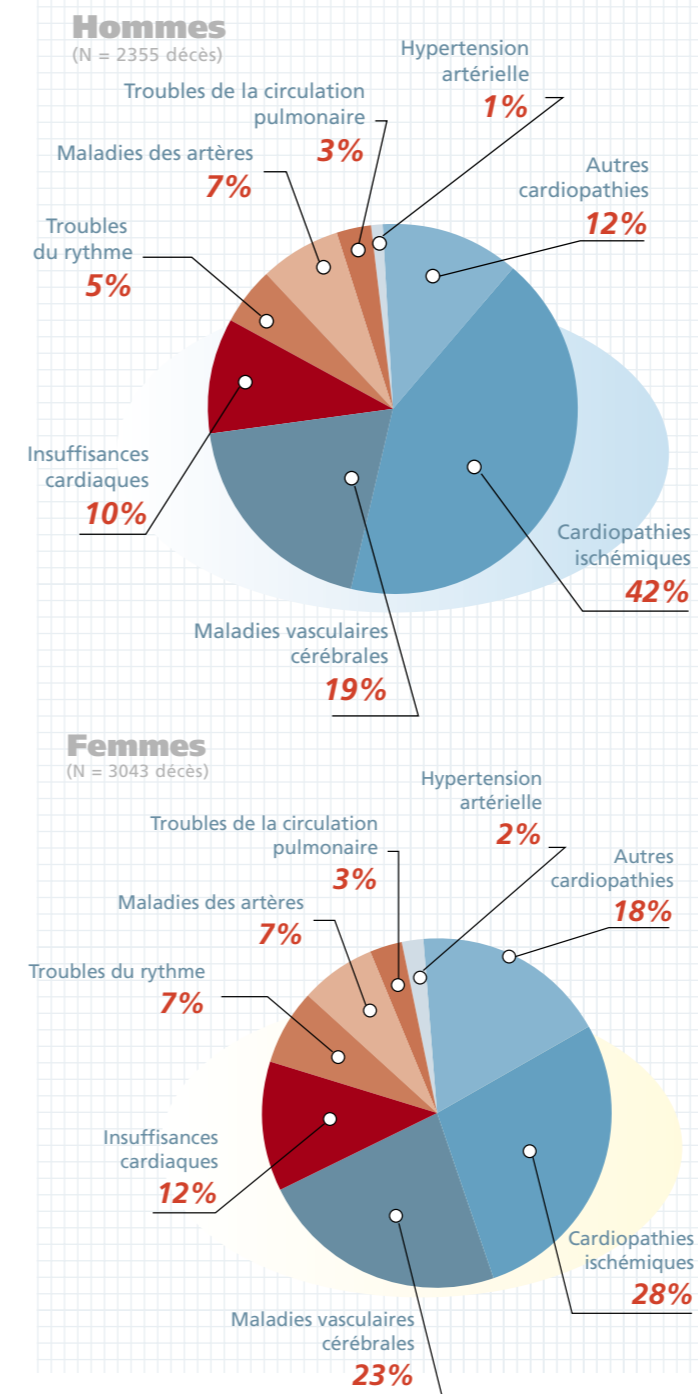
- La mortalité cardiovasculaire
- Les Registres de l'Infarctus du myocarde
à Gand et Charleroi
- Facteurs de risque à Charleroi

Les maladies cardiovasculaires

en Hainaut

Les maladies du cœur et des vaisseaux affectent une grande partie de la population adulte belge. Ce sont des maladies chroniques, dont le traitement associe essentiellement médicaments et hygiène de vie, parfois la chirurgie. Elles peuvent être ponctuées d'événements graves et soudains comme les infarctus du myocarde ou les accidents vasculaires cérébraux. Elles constituent la première cause de décès dans le Hainaut comme dans l'ensemble des pays industrialisés.

Graphiques 1 et 2 : Répartition des décès cardiovasculaires par type de pathologie, Hainaut, 1995.



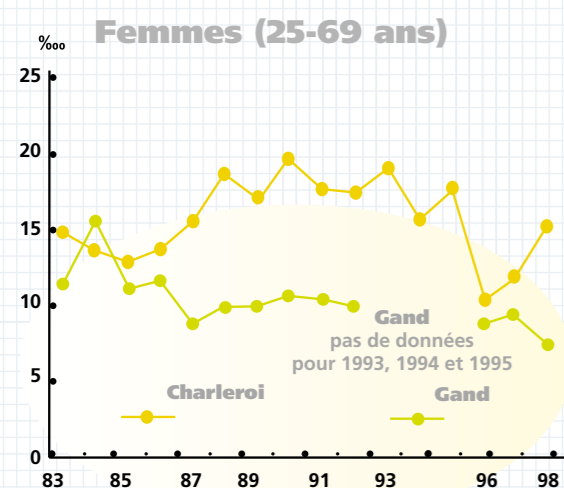
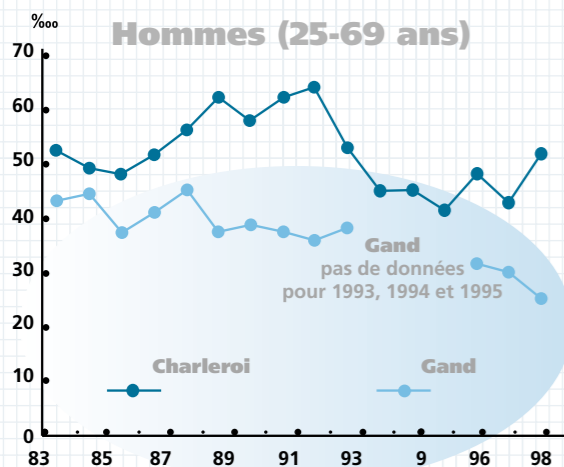
La mortalité cardiovasculaire

Les données de l'INS (Institut National de Statistique) nous montrent que dans le Hainaut, en 1995, les maladies cardiovasculaires (MCV) ont causé la mort de 2 355 hommes et 3 043 femmes, ce qui représente 30,7 % du total des décès pour les hommes (7 683 décès) et 40,1 % pour les femmes (7 592 décès).

Chez les hommes, les décès par maladies cardiovasculaires sont dus à des maladies ischémiques (infarctus) dans 42 % des cas (976 décès) et à des maladies vasculaires cérébrales dans 19 % des cas (441 décès). L'insuffisance cardiaque chronique représente 10 % des cas, soit 231 décès (graphique 1).

La répartition des causes de décès cardiovasculaires est différente chez les femmes avec moins d'infarctus du myocarde (28 % soit 828 décès) et plus de maladies vasculaires cérébrales (23 % soit 697 décès) (graphique 2). Les autres maladies cardiovasculaires sont responsables de décès dans une proportion semblable pour les deux sexes.

Graphiques 3 et 4 : Evolution du taux d'attaque de l'infarctus du myocarde (fatal et non fatal) (1983-1998) à Gand et à Charleroi (taux standardisés pour l'âge et le sexe) [22, 23].



Infarctus du myocarde

Dans le cadre du projet « MONICA » coordonné par l'OMS, des Registres de l'Infarctus ont été instaurés dans les régions de Gand et Charleroi, couvrant une population de 250 000 habitants âgés de 25 à 69 ans pour chacune des deux villes. Ces registres mesurent entre autres le «taux d'attaque des infarctus» soit le nombre de cas pour 10 000 sujets pour une année. Le taux d'attaque se différencie du taux d'incidence par le fait qu'il considère comme un autre cas une récurrence qui survient 28 jours ou plus après le premier événement.

Depuis le début de l'étude en 1983, le nombre d'infarctus du myocarde (entraînant le décès ou non), rapporté à la population de référence, est systématiquement plus élevé à Charleroi qu'à Gand. Les différences persistent et s'aggravent même entre les deux régions, et ce tant chez les hommes que chez les femmes. En effet, la fréquence diminue régulièrement à Gand alors qu'on note une stabilisation, voire une tendance à la remontée à Charleroi en 1997 et 1998. Ce rebond devra être vérifié dans les années à venir car, selon les auteurs du dernier rapport, il pourrait être lié en partie à un nombre accru de cas détectés (utilisation systématique des Résumés Cliniques Minima (RCM), modifications dans le système d'enregistrement et changements dans le format des certificats de décès) [22-23].

Le graphique 3 montre que chez les hommes de 25 à 69 ans à Gand, le nombre d'infarctus a baissé de 43 cas pour dix mille en 1983 à 25 cas pour dix mille en 1998. Pendant la même période à Charleroi, ce taux a présenté quelques variations en dents de scie pour revenir en 1998 à un taux proche de celui du début de l'étude (respectivement 51,4 et 52,3 pour dix mille). La différence entre Gand et Charleroi dans le nombre d'infarctus est passée de 9,3 pour dix mille hommes en 1983 à 26,5 en 1998.

Les taux d'attaque chez les femmes sont largement inférieurs à ceux des hommes mais la comparaison entre les deux villes va dans le même sens (graphique 4): le taux d'attaque à Gand diminue régulièrement et passe de 11,4 cas pour dix mille en 1983 à 7,4 en 1998 alors qu'à Charleroi, il reste à 15 cas pour dix mille après de légères fluctuations. La différence entre les deux villes, qui était de 3,6 cas pour dix mille femmes en 1983, est passée à 7,8 cas en 1998.

Létalité de l'infarctus

La létalité de l'infarctus, c'est-à-dire la proportion de décès dans les 28 jours après le début des symptômes, reste élevée. A Charleroi, elle est globalement de 38,5 % chez l'homme et 32,6 % chez la femme. Ces décès surviennent en dehors de l'hôpital dans deux cas sur trois environ (63,5 %).

Une étude réalisée dans la région du Centre (Observatoire de la Santé du Hainaut, résultats non publiés) nous montre que 56 % des décès par infarctus, soit environ un cas sur deux, surviennent en dehors de l'hôpital.

Cette même étude confirme des notions déjà bien connues dans la littérature: sur 163 décès observés, la plupart sont survenus dans les premières 24 heures (42 % sont des décès brutaux dans la première heure et 29 % ont lieu entre 1 et 24 heures après les premiers symptômes).

Facteurs de risque à Charleroi

La dernière enquête réalisée à Charleroi (étude MONICA, 1992) [24] sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires révèle qu'ils sont encore bien présents dans la population. Parmi les 25-69 ans, on relève 48 % de fumeurs chez les hommes et 31 % chez les femmes ; 17 % d'hommes et 14 % de femmes sont hypertendus ; 33 % d'hommes et 32 % de femmes ont un cholestérol total supérieur à 250 mg pour 100 ml ; 42 % d'hommes et 31 % de femmes présentent une surcharge pondérale (Indice de Masse Corporelle supérieur ou égal à 25, mais inférieur à 30); 17 % d'hommes et 22 % de femmes ont une obésité franche (Indice de Masse Corporelle supérieur ou égal 30).

Les maladies cardiovasculaires continuent d'affecter une grande partie de la population adulte du Hainaut. L'incidence de l'infarctus du myocarde y est particulièrement élevée et les facteurs de risque sont fréquents. Une large majorité des décès liés à l'infarctus du myocarde surviennent brutalement. Ces éléments mettent en évidence l'importance de poursuivre et d'amplifier les programmes de promotion de la santé du cœur.

Bibliographie

1. Observatoire de la Santé du Hainaut, Santé en Hainaut n°2, Tableau de bord de la santé des jeunes, Havré 1998.
2. Levêque A., Humblet P. C. et Lagasse R., Inégalités sociales de santé chez les jeunes en Belgique (15-24 ans): mesure de l'ampleur du problème et de l'importance du choix des échelles sociales et des indicateurs de santé, Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, vol. 48, supplément 3, octobre 2000, C97, p. 35100.
3. Doll-Tepper G., Physical activity and sport in young people – Issues, initiatives and developments, Actes du congrès International Congress on Bridging Sport, Exercise and Lifestyle Activity for Health, Lahti-Finland, février 2001, p. 9.
4. Guernigon C., Le Bars H., Identification des facteurs psychologiques de l'abandon dans la pratique du judo chez les jeunes et perspectives de remédiation, Document de synthèse, Institut National du Sport et de l'Education Physique (INSEP), Paris, novembre 1997.
5. Engström L.-M., Sports and Physical fitness activities as a part of a lifestyle, A follow-up study of 2000 men and women from 15 to 41 years of age, Actes du congrès International Congress on Bridging Sport, Exercise and Lifestyle Activity for Health, Lahti-Finland, février 2001, p. 12.
6. Dietz W. H., Gormatzer S. L., Do we fatten our children at the TV set? Obesity and television viewing in children and adolescents, Pediatrics, 1985, 75(5), pp. 807-812.
7. Guillaume M., Burniat W., L'excès pondéral et l'obésité chez l'enfant (2): Quelles étiologies?, Revue de la Médecine Générale, n°164, juin 1999.
8. Charles A., Bilan des actions de prévention de l'obésité chez l'enfant, Actes du congrès. La santé des années 2000 – 9ème congrès national des observatoires régionaux de la santé, Nantes 2000, p. 12.
9. Borys J. M., L'information nutritionnelle à l'école: l'expérience Fleurbaix-Laventie, Actes du congrès La santé des années 2000 – 9ème congrès national des observatoires régionaux de la santé, Nantes, 2000, p. 13.
10. Cole T., Bellizzi C., Flegal K., Dietz W. H., Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey, BMJ, 2000, 320(7244), p.1240.
11. Etienne J., Expertise Collective, Obésité: dépistage et prévention chez l'enfant, Coll. Expertise collective, Editions Inserm, Paris, 2000, 326 p.
12. Rythmes & Blouses, Enquête et perspectives, CNDP-CRDP de Picardie, ORS Picardie, Coll. Documents, actes et rapports pour l'éducation, 1992, 165 p.
13. Baromètre Santé, Premiers résultats 2000, Les jeunes de 12 à 25 ans en Picardie, Centre Français d'Etude pour la Santé (CFES), Paris 2000.
14. Coppieters Y., Massot C., Enquête sur la consommation d'alcool chez les adultes à Mouscron (en préparation), Conseil de prévention Ville de Mouscron, Observatoire de la Santé du Hainaut, février 2000.
15. Choquet M., Ledoux S., Adolescents, Enquête nationale. Coll. Analyses et Prospective, Editions INSERM, Paris 1994, 346 p.
16. Depaepe PH., Rapport de l'enquête réalisée au sein de la population scolarisée de Charleroi portant sur le phénomène des "drogues", Ville de Charleroi, février 2000.
17. Observatoire de la Santé du Hainaut, Santé en Hainaut n°3, Tableau de bord de la santé, Havré 2000.
18. British Medical Association, Guidelines on sensible drinking – Commentaries, The Report's conclusion, Addiction, 1996, 91 (1), 25-33.
19. Van Oyen H., Tafforeau J., Demarest S., Van Der Heyden J., Tellier V., Enquête Nationale de Santé, Belgique 1997, Institut Scientifique de la Santé Publique, Louis Pasteur, Bruxelles 1998.
20. Site Internet de l'Institut Belge de la Sécurité Routière (IBSR), www.ibsr.be/IBSR/campagne/traffic_faq.html. (Consulté le 25/04/01)
21. Site Internet Alcoweb, www.alcoweb.com/french/prof/epidemiologie/aspects_sociaux/conduite/conduite.html. (Consulté le 25/04/01)
22. Kornitzer M., Desqueuve R., Lannoy M., Leynen F., De Smet P., Registre de l'Infarctus du myocarde, Charleroi, 1998, Rapport de recherche Ecole de Santé Publique ULB, Bruxelles, 2000.
23. De Henauw S., De Bacquer D., Vannootte P., De Backer G., Register Acute Coronary Aanvallen, Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases (Monica studie-Gent), Resultaten voor het kalenderjaar 1998, Universiteit van Gent, Gent, 2000.
24. De Henauw S., Trends and Regional Differences in Coronary Heart Disease Incidence and Risk Factors in Belgium, Proefschrift ingediend ter verkrijging van de graad van Doctor in de Medische Wetenschappen, Universiteit van Gent, Gent, 2000.

L'Observatoire de la Santé du Hainaut, de l'analyse à l'action

L'Observatoire met à la disposition des intervenants une série d'outils d'éducation et d'information.

Les outils prennent la forme de dépliants, dossiers pédagogiques, rencontres de groupe (animations), clips.

Ils développent les thèmes suivants: activité physique, alimentation, santé globale, tabac et stress.

Ils s'adressent à un public varié: enfants (maternelle et primaire, selon les cycles), adolescents (selon les cycles de l'enseignement secondaire), adultes (grand public, jeunes adultes, personnes handicapées, adultes actifs, adultes à la recherche d'un emploi, adultes à la retraite) mais aussi professionnels de la santé, de la culture, de l'éducation et intervenants sociaux.

Pour en savoir plus :

le répertoire des outils de l'Observatoire de la Santé du Hainaut. Il est gratuit et disponible au 065 87 96 31.

Parmi les nouveautés :

La Santé au cœur des jeunes en Hainaut, de l'analyse à l'action.

Document de 47 pages décrivant les objectifs et les activités du programme.

Un module de formation à la prévention cardiovasculaire pour médecins généralistes.

Responsable : Dr J. Gailly.

Observatoire de la Santé du Hainaut
1, rue Saint-Antoine • 7021 HAVRE
Tél. : 065 87 96 00
Fax : 065 87 96 79
E-mail : observatoire.sante@hainaut.be

Pour votre information

La Province de Hainaut est partenaire des CLPS, Centres Locaux de Promotion de la santé, centres agréés par le Ministère de la Santé de la Communauté française qui offrent, aux professionnels de la santé et à un public plus large, information, documentation, soutien méthodologique ...

CLPS des arrondissements de Charleroi-Thuin,

1b, avenue Général Michel à 6000 Charleroi

Tél. : 071 33 02 29 • Fax 071 31 82 11 • E-mail : clps.ct@skynet.be

Des antennes existent à Aiseau-Presles, Erquennes, Fleurus, Morlanwez, Thuin et Sivry-Rance.

CLPS des arrondissements de Mons-Soignies,

62, rue Chavée à 7100 La Louvière

Tél. : 064 84 25 25 • Fax 064 26 14 73 • E-mail : clps.mons.soignies.siege@compagnet.be

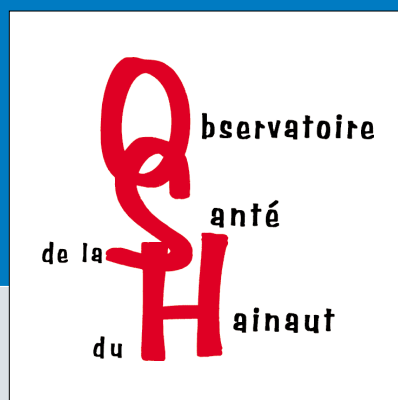
Une antenne existe à Mons (Tél. : 065 84 84 06).

CLPS des arrondissements du Hainaut occidental (Ath-Tournai-Mouscron/Comines),

9, rue de Cordes à 7500 Tournai

Tél. : 069 22 15 71 • Fax 069 23 52 50 • E-mail : clps.hainaut.occidental@skynet.be

Une antenne existe à Bernissart et un point-relais à Estaimpuis.



Une information sanitaire
Des programmes
Des outils
Des partenaires

Observatoire de la Santé du Hainaut
Institut Provincial de Promotion de la Santé
1, rue Saint-Antoine
7021 Havré - Belgique

Tél. : 32(0)65 87 96 00
Fax : 32(0)65 87 96 79
e-mail : observatoire.sante@hainaut.be

