

Observatoire de la Santé du Hainaut

Santé en Hainaut Numéro 5 ● 2004



2004

CARNET DE BORD DE LA SANTÉ

Ce carnet de bord est le résultat du travail de toute une équipe :

COORDINATION DE LA RÉDACTION :	Véronique TELLIER, Marie GAY, Norbert JATES, Luc BERGHMANS.
CONCEPTION DES ENQUÊTES JEUNES :	Florence PARENT, Eric WERY, Dany SIMON, Tien NGUYEN, Norbert JATES, Véronique TELLIER, Luc BERGHMANS.
TRAVAIL DE TERRAIN ET SAISIE DES DONNÉES :	Bernadette DUBOISSE, Martine HAUTAIN, Anne Marie GUIOT, Anne Marie LUIZZI, Nicole THAUVOYE.
ANALYSE DES DONNÉES SANTÉ DES JEUNES :	Cécile DE FROIDMONT, Marie GAY, Norbert JATES, Véronique TELLIER.
ANALYSE DES DONNÉES PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION EN HAINAUT :	Véronique TELLIER, Véronique JANZYK, Anne-Marie BERGHEZAN, Christian MASSOT.
SECRETARIAT ET MISE EN PAGE :	Maria MILIOTO.
GRAPHISME ET MISE EN PAGE :	Alain LEONARD, Daniela MAJOIS.
CENTRES DE SANTÉ SCOLAIRES PARTENAIRES :	le centre de santé intercommunal de Colfontaine, le centre de santé intercommunal de St-Ghislain, le centre de santé intercommunal de Tournai, le centre de santé intercommunal de Péruwelz, le centre de santé intercommunal de Mouscron, le centre de santé communal de Charleroi, le centre de santé libre de Jolimont, le centre de santé libre de Mons, le centre de santé libre de Soignies, le centre de santé libre de Boussu, le centre de santé de Strépy-Bracquegnies asbl, le centre de santé PMS-CF de Chimay, le centre de santé PMS-CF de Morlanwelz.

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° 5, Carnet de bord de la santé, 2004"

Cinquième publication de la série Santé en Hainaut, le Carnet de bord de la santé 2004 présente des résultats commentés d'enquêtes récemment menées en Hainaut par l'Observatoire de la Santé, le plus souvent en collaboration avec d'autres institutions hennuyères.

Ce Carnet de bord est organisé en deux parties : la première relative à la santé des jeunes, à leurs comportements et à leurs représentations, la seconde dressant le bilan de différentes actions ou évaluations menées par l'Observatoire de la Santé du Hainaut.

La première partie sur la santé des jeunes comporte 5 chapitres :

- ▶ Le premier chapitre présente les méthodes des enquêtes réalisées auprès des jeunes dans le cadre du réseau des Centres de Santé Scolaire Vigies (CSSV).
- ▶ Le deuxième chapitre concerne les représentations qu'ont les jeunes de leur propre bien-être. L'idée à l'origine de cette recherche était de tester les clichés des adultes à propos des jeunes. L'objectif était de mieux connaître les éléments qui tiennent une place importante dans leur vie afin de contribuer à améliorer la pertinence et le contenu des interventions de promotion de la santé développées à leur intention.
- ▶ Les trois autres chapitres proposent des données sur les assuétudes. Ils abordent non seulement la consommation de différents produits tels que le tabac, l'alcool ou le cannabis mais essaient aussi d'identifier les déterminants et les caractéristiques de cette consommation. Ils s'appuient sur les réponses données par environ 1200 jeunes Hennuyers en 2001.

La seconde partie du Carnet de bord se compose de trois évaluations de projets :

- ▶ Le premier chapitre relate l'évaluation des activités du Cercle Sportif pour Coronariens du Centre (La Louvière) réalisée au terme de leurs 25 années d'existence.
- ▶ Le second présente les résultats de l'évaluation d'une campagne multimédia menée en 2002 sur les thèmes "Alimentation, saveurs et santé" et "Fruits et Légumes, la santé au naturel !", campagne qui reposait sur des spots radiodiffusés et télédiffusés ainsi que sur des brochures envoyées à la demande des particuliers et des associations.
- ▶ Le troisième chapitre, enfin, propose les premiers résultats hennuyers du programme national de dépistage du cancer du sein, mis en place au niveau fédéral et soutenu dans notre région par la Communauté française et la Province du Hainaut.

Les données récoltées mettent en évidence des inégalités sociales devant la santé. L'information est présentée de la manière la plus opérationnelle possible à l'intention des professionnels, associations et responsables locaux qui puiseront dans ce carnet matière à réflexion.

Nous remercions chaleureusement les centres de santé scolaire partenaires, les écoles et les élèves qui ont participé aux enquêtes ainsi que les nombreux collègues de l'Observatoire de la Santé ou d'autres horizons de santé qui ont participé à la conception des enquêtes, à l'interprétation des résultats ou à la relecture du document.

ABRÉVIATIONS UTILES

CAGE	Questionnaire - Echelle de 4 items pour mesurer la dépendance à l'alcool (Cut down - Annoyed - Guilty - Eye opener)
CEDORES	Centre de Documentation et de Recherche Sociales de la Province de Hainaut
CFES	Comité français d'éducation pour la santé (actuellement INPES) (France)
CLPS	Centre Local de Promotion de la Santé
CPAS	Centre Public d'Action Sociale
CREAS	Centre de ressource éducative pour l'action sociale, Université de Mons - Hainaut
CRIOC	Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs
CSCC	Cercle Sportif des Coronariens du Centre
CSSV	Réseau Centres de Santé Scolaire Vigies
FARES	Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé, Bruxelles
G.E.E.R.M.M.	Groupe Européen d'Echange Rhin - Meuse - Moselle
GYTS	Questionnaire "Global Youth Tobacco Survey", OMS
HBSC	Etude internationale "Health Behaviour in School-Aged Children" (partie francophone belge : "Santé et bien-être des jeunes") patronnée par le Bureau de l'OMS pour l'Europe
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie - Invalidité, Bruxelles
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (anciennement CFES) (France)
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale (France)
IREB	Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons (France)
ISP	Institut Scientifique de Santé Publique, Bruxelles
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORPAH	Office Régional de Promotion de l'Agriculture et de l'Horticulture (actuellement, APAQ-W : Agence Wallonne pour la Promotion d'une Agriculture de Qualité, Jambes)
ORS	Observatoire Régional de la Santé (France)
OSH	Observatoire de la Santé du Hainaut
PMS	Centre Psycho-Médico-Social
PROMES	Unité de Promotion Education Santé, Ecole de Santé Publique, ULB, Bruxelles
PROVAC	Projet qui vise entre autres à mesurer la couverture vaccinale des enfants (âgés de 18 à 24 mois)
Service PSE	Service de Promotion de Santé à l'Ecole (anciennement centre IMS : Inspection Médicale Scolaire)

♦ INTRODUCTION GÉNÉRALE	3
♦ ABREVIATIONS UTILES	4

PARTIE 1 : LA SANTÉ DES JEUNES HENNUYERS

♦ CHAPITRE I : MÉTHODE DES ENQUÊTES RÉALISÉES DANS LE CADRE DU RÉSEAU DES CENTRES DE SANTÉ SCOLAIRE VIGIES (CSSV)	
1. Contexte et objectifs	9
2. Echantillon	10
3. Déroulement des enquêtes	11
4. Thèmes abordés : surveillance épidémiologique et recherche	11
5. Comité d'accompagnement et comité d'éthique	12
6. Analyse et présentation des résultats	12
7. Références bibliographiques	13
♦ CHAPITRE II : LES REPRÉSENTATIONS DU BIEN-ÊTRE CHEZ LES JEUNES HENNUYERS	
1. Introduction	15
2. Résultats	16
2.1. Quels sont les domaines de vie importants pour les jeunes et y a-t-il des liens entre eux ?	16
2.2. Où les jeunes trouvent-ils des ressources dans la vie quotidienne, où situent-ils les obstacles au bien-être ?	19
2.3. Les conditions du bien-être aux yeux des élèves hennuyers	21
2.3.1. Les composantes du bien-être avec les amis	22
2.3.2. Les composantes du bien-être dans la famille	23
2.3.3. Les composantes du bien-être à l'école	24
2.4. Sentiments et milieux de vie	25
2.4.1. Le ressenti dans la famille, à l'école et avec les amis	26
2.4.2. Le ressenti par rapport à ce qui se passe dans le monde	27
2.4.3. Le ressenti par rapport à la santé	28
2.5. Qui détient les clés du bien-être ?	29
3. De ces constats on retiendra	30
4. Références bibliographiques	31
♦ CHAPITRE III : LE TABAC ET LES JEUNES HENNUYERS	
1. Introduction	33
2. Résultats	33
2.1. La proportion de jeunes fumeurs	33
2.2. La première cigarette	35
2.3. De l'essai aux habitudes	36
2.4. Combien de cigarettes fument-ils ?	36
2.5. Des jeunes déjà "accros" au tabac ?	37
2.6. Le tabac des autres	38
2.6.1. Tabagisme passif à la maison	38
2.6.2. Tabagisme passif à l'école	39
2.7. La cigarette : ce qu'on en sait, ce qu'on en dit	40
2.8. Les jeunes veulent-ils arrêter de fumer ?	43
2.9. Les jeunes sont-ils suffisamment informés des risques qu'ils encourent ?	45
3. De ces constats on retiendra	46
4. Références bibliographiques	47

◆ CHAPITRE IV: LES DROGUES : OÙ EN EST-ON ?	
1. Introduction	.49
2. Résultats	.49
2.1. Qui sont les jeunes les plus exposés ?	.49
2.2. De la sollicitation à l'expérimentation de cannabis	.50
2.3. Du cannabis aux autres drogues	.52
2.4. Consommer ou non du cannabis : pourquoi ?	.53
2.5. Opinions, réglementation et cannabis	.55
2.6. Opinions, réglementation et héroïne	.57
2.7. Drogues, croyances et connaissances	.57
3. De ces constats on retiendra	.60
4. Références bibliographiques	.61
◆ CHAPITRE V : L'ALCOOL	
1. Introduction	.63
2. Résultats	.63
2.1. Le premier verre	.63
2.2. De l'essai aux habitudes	.64
2.3. La bière perd du terrain au profit des cocktails	.65
2.4. Pas un type de boisson mais plusieurs	.66
2.5. Boisson et ivresse	.67
2.6. Les jeunes et la consommation d'alcool : où et quand ?	.68
2.7. La connaissance des risques liés aux boissons alcoolisées	.70
2.8. La dépendance vis-à-vis de l'alcool	.72
3. De ces constats on retiendra	.73
4. Références bibliographiques	.74

PARTIE 2 : ÉVALUATION DE TROIS ACTIONS DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

◆ CHAPITRE I : ÉVALUATION DES ACTIVITÉS DU CERCLE SPORTIF POUR CORONARIENS DU CENTRE	
1. Introduction	77
2. Matériel et méthode	78
3. Résultats	78
3.1. Profil des membres à l'entrée au Cercle	78
3.2. Maladies coronariennes et facteurs de risque	79
3.3. Y goûter, c'est y adhérer pour longtemps	80
3.4. La participation aux diverses activités du Cercle	81
3.5. Impact potentiel de la participation au Cercle sur la santé des membres	82
3.5.1. Changements dans les comportements de santé	82
3.5.2. Evolution de la santé mentale	83
3.5.3. Effets sur les symptômes physiques	84
4. De ces constats on retiendra	84
5. Références bibliographiques	85
6. Coordonnées des Cercles Coronariens du Hainaut	85
◆ CHAPITRE II : CAMPAGNE MÉDIATIQUE DE PRÉVENTION DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES	
1. Introduction : une campagne à évaluer	87
2. Méthode de l'évaluation	87
3. Résultats	88
3.1. Diffusion des deux brochures auprès des relais santé	88
3.2. Diffusion auprès des particuliers	89
3.3. Coût de la campagne médiatique	91
3.4. Impact des brochures	91
3.5. Estimation du coût bénéfice	93
3.6. Appréciation des spots télévisés et radiodiffusés	93
4. De ces constats on retiendra	94
5. Références bibliographiques	95
◆ CHAPITRE III : DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN	
1. Introduction	97
2. Quoi de neuf avec le programme national de dépistage du cancer du sein ?	97
3. Chronologie du programme	99
4. Bilan du programme au 31 décembre 2003	99
4.1. Invitations et examens : les chiffres	99
4.2. L'âge des participantes	100
4.3. Le programme est-il accessible à tous ?	100
4.4. Les motifs de participation	101
4.5. Les antécédents de mammographie	101
4.6. Les raisons d'une troisième lecture	102
4.7. Résultats des mammothests et nombre de cancers détectés	103
5. De ces constats on retiendra	103

Chapitre I

MÉTHODE DES ENQUÊTES RÉALISÉES DANS LE CADRE DU RÉSEAU DES CENTRES DE SANTÉ SCOLAIRE VIGIES (CSSV)

- 1. Contexte et objectifs**
- 2. Echantillon**
- 3. Déroulement des enquêtes**
- 4. Thèmes abordés :
surveillance épidémiologique
et recherche**
- 5. Comité d'accompagnement
et comité d'éthique**
- 6. Analyse et présentation des résultats**
- 7. Références bibliographiques**

1. CONTEXTE ET OBJECTIFS

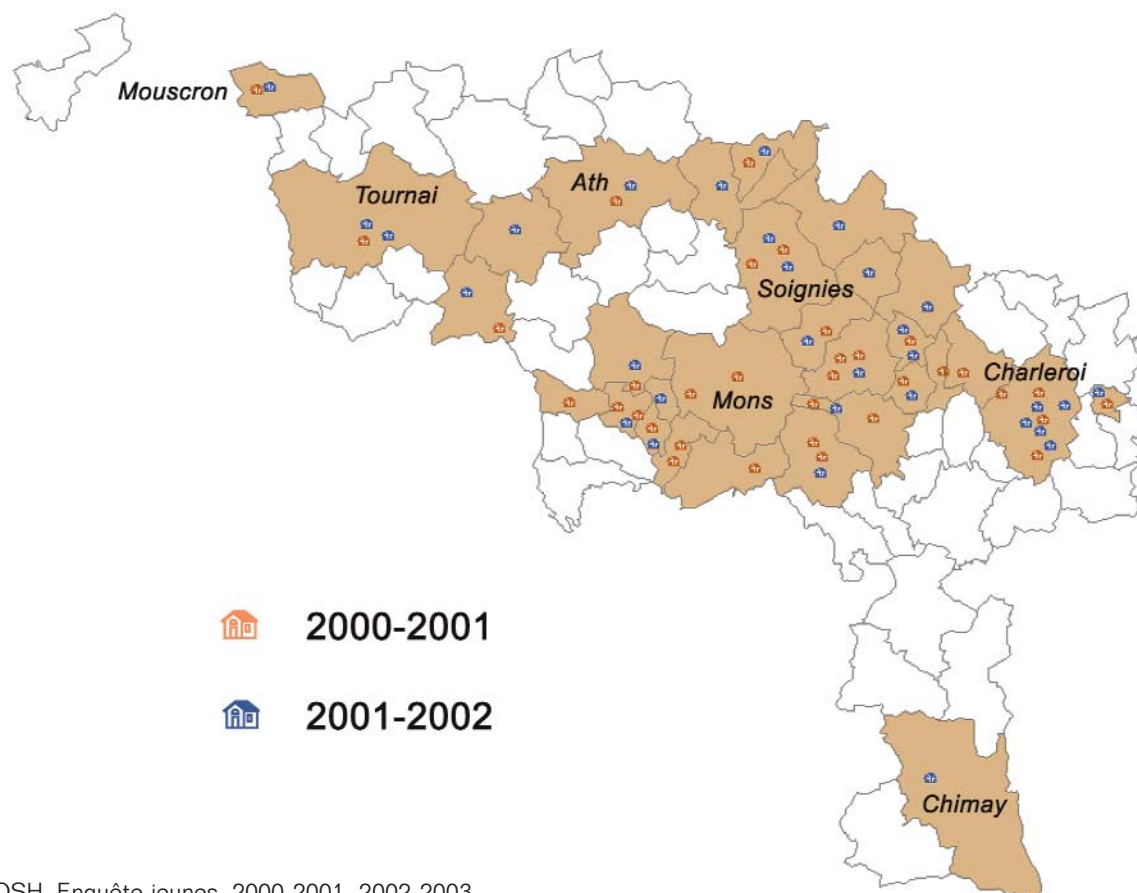
En 1997, dans le cadre d'un projet européen Interreg II, une enquête sur la santé des jeunes avait été menée dans les écoles de la Province du Hainaut en Belgique et du département de l'Aisne en France. Ses résultats avaient mis en évidence l'existence de facteurs de risque pour les maladies cardiovasculaires dès le plus jeune âge : hypertension artérielle, cholestérol trop élevé, habitudes de vie non propices au maintien et en bonne santé (sédentarité, alimentation trop grasse, trop sucrée, trop abondante, consommation importante de tabac et de boissons alcoolisées) [(1), (2)]. Ils avaient également permis de souligner l'impact de l'environnement socio-économique sur la santé des jeunes.

Compte tenu des problèmes constatés, assurer un suivi épidémiologique de la santé est apparu incontournable. Apparaissant comme les partenaires naturels d'un tel projet dans le Hainaut, les Centres de Santé Scolaire (actuellement PSE ou PMS-CF) de la Communauté française ont été sollicités pour monter un Réseau de Centres de Santé Scolaire Vigies (CSSV). Sur base volontaire, 10 d'entre eux, puis 12 en 2002, se sont proposés pour faire partie des centres vigies. Ils sont répartis sur toute la province du Hainaut et relèvent des différents réseaux d'enseignement. La collaboration entre ce réseau et l'Observatoire de la Santé du Hainaut poursuit deux objectifs :

- ▶ d'une part, recueillir en continu des données relatives à la santé des jeunes dans une perspective de surveillance épidémiologique (obésité, tension artérielle, comportements de santé) ;
- ▶ d'autre part, recueillir à l'occasion de chaque nouvelle enquête un ensemble de données sur une thématique spécifique, retenue en fonction de son intérêt pour améliorer les orientations des programmes et les interventions en promotion de la santé des jeunes.

Après une première enquête pilote en 1999, dont la méthode et les résultats ont été présentés dans le Carnet de bord de la santé 2001, trois enquêtes ont été réalisées en 2001, 2002 et 2003. Ce sont les résultats des deux premiers thèmes spécifiques de recherche abordés qui sont présentés ici, à savoir les représentations du bien-être et les assuétudes.

Carte 1 : Localisation des écoles enquêtées



2. ÉCHANTILLON

Chaque année, environ 1200 élèves venant de classes de 4^{ème} primaire, de 2^{ème} secondaire et de 4^{ème} secondaire sont interrogés et passent un examen biométrique lors de la visite médicale systématique au centre de santé scolaire.

L'échantillon est établi selon la méthode des quotas, avec le respect de 5 critères : la classe, le sexe, le réseau d'enseignement (Communauté française, libre, communal et provincial), la filière d'enseignement (général/technique/professionnel) et l'importance du centre de santé (c'est-à-dire le nombre d'élèves sous tutelle).

3. DÉROULEMENT DES ENQUÊTES

L'enquête se fait dans les Centres de Santé Scolaire, à l'occasion de la visite médicale périodique, sous la supervision directe d'une équipe d'enquêtrices de l'Observatoire de la Santé. Les jeunes sont invités à remplir un questionnaire sur leurs habitudes de vie, leurs connaissances et leurs représentations relatives à différents thèmes de santé. L'équipe d'enquêtrices, infirmières par ailleurs, veille à la bonne compréhension des questions, sans induire les réponses, et recueille les données biométriques comme la mesure du poids, de la taille et de la tension artérielle.

4. THÈMES ABORDÉS : SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET RECHERCHE

La partie du questionnaire à visée de surveillance épidémiologique est identique d'une année à l'autre. Pour la plupart d'entre elles, les questions ont été validées lors d'enquêtes nationales ou internationales (OMS, Enquêtes nationales de santé,...). Elles portent sur l'état de santé et les habitudes de vie.

La partie du questionnaire relative à un thème de recherche change chaque année. Son élaboration suit différentes étapes. La première étape consiste à choisir le thème. Ce choix se fait en fonction des besoins ressentis par les collègues qui mènent des interventions de promotion de la santé auprès des jeunes, des besoins identifiés par les Centres de Santé Scolaire ou dans la littérature, ou des demandes émanant des jeunes eux-mêmes. Le choix final du thème de l'année se fait en fonction d'un certain nombre de critères comme la fréquence et la gravité du problème ou la possibilité d'intervention sur le thème identifié.

Après une vaste recherche bibliographique relative aux différentes enquêtes réalisées sur le sujet que l'on souhaite aborder, des choix sont opérés en tenant compte de l'outil dont on dispose, à savoir l'enquête quantitative. Ce type d'enquête répond surtout à la question du "combien", à celle de l'identification des associations de facteurs de risque et des groupes à risque. L'enquête de type transversal ne permet pas, sauf exception, de répondre à des questions comme "pourquoi" ou "comment" pour lesquelles d'autres méthodes de type qualitatif doivent être envisagées localement (HBSC) (3).

Thème 2001 : les assuétudes

En développant un questionnaire sur les assuétudes, l'objectif était non seulement d'établir une photographie de la consommation de différents produits par les jeunes du Hainaut mais également de mieux comprendre les déterminants de cette consommation ainsi que les représentations des jeunes à leur propos. Le questionnaire a été élaboré à partir de questions validées comme par exemple celles du "GYTS" (Global Youth Tobacco Survey) (4) proposé pour l'évaluation de la consommation de tabac chez les jeunes par l'OMS.

Pour des raisons éthiques, la partie du questionnaire sur les assuétudes a été limitée à quelques questions pour les élèves du primaire. Ceci explique que les résultats présentés ici ne concernent le plus souvent que les élèves du secondaire (les 2^{ème} et 4^{ème} années du secondaire).

Thème 2002 : les représentations du bien-être

La préparation de la recherche a comporté une étape supplémentaire.

Après consultation large de la littérature, d'internet et des discussions approfondies avec des acteurs de terrain et un représentant du CREAS, le docteur Augusto MURILLO, une enquête préliminaire ne comportant que des questions ouvertes a été réalisée auprès de 90 jeunes de 3 classes d'âge concernés.

L'analyse des résultats a permis la rédaction d'un questionnaire comportant une majorité de questions fermées.

5. COMITÉ D'ACCOMPAGNEMENT ET COMITÉ D'ÉTHIQUE

Le comité d'accompagnement de ces enquêtes comprend à la fois des acteurs de terrain issus des équipes de promotion de la santé et des référents scientifiques qui peuvent valider les choix.

Chaque année, le protocole complet est soumis au comité d'éthique du Centre Hospitalier Universitaire de Tivoli à La Louvière.

6. ANALYSE ET PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Pour des raisons pratiques liées entre autres au fait que seuls les élèves de trois niveaux scolaires sont interrogés (ceux qui "passent à la visite médicale"), les résultats sont présentés sur base du regroupement des jeunes en 3 tranches d'âge selon l'âge le plus fréquent dans le niveau considéré.

Le groupe des "10 ans" désigne ainsi les jeunes de 9, 10 et 11 ans ; celui des "13 ans" désigne les jeunes de 12, 13 et 14 ans et le groupe des "16 ans" désigne les jeunes de 15, 16 et 17 ans. Par facilité de lecture, on se référera à ces trois groupes selon les étiquettes "10 ans", "13 ans" et "16 ans".

Les résultats présentés par filière d'enseignement concernent les jeunes du groupe des 16 ans uniquement. En effet, en 2^{ème} secondaire, la grande majorité des élèves suit un enseignement général : la filière technique n'existe pas encore et la filière professionnelle ne concerne que très peu d'enfants (classes d'accueil uniquement).

Dans les résultats d'analyses statistiques présentés, la signification de l'association entre deux variables a été 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 l'échantillon n'est pas due au hasard. Toutes les associations présentées dans ce Carnet sont statistiquement significatives sauf s'il est explicitement précisé le contraire. Il convient cependant de rappeler qu'une association statistique entre deux variables ne signifie pas automatiquement qu'il existe un lien de causalité entre elles. Par ailleurs, le nombre de jeunes enquêtés présentant certains comportements est parfois trop faible pour réaliser valablement les tests statistiques. Dans ce cas, seul un commentaire de tendance est présenté.

Des analyses de régression logistique ont été réalisées pour tenir compte des facteurs confondants possibles ou d'associations entre deux déterminants. Par exemple, à l'intérieur des tranches d'âge considérées, dans le groupe des 16 ans, les élèves de la filière professionnelle sont légèrement plus âgés que les autres. Ce simple fait peut entraîner l'observation d'une plus grande proportion d'élèves pour certains comportements qui augmentent avec l'âge comme la consommation de substances psycho-actives.

7. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Godin I, Levêque A, Berghmans L. Tableau de bord de la santé des jeunes. Province de Hainaut, Observatoire de la Santé du Hainaut, 2, 1-85. 1998. Havré.
- (2) Berghmans L, Massot C, Coppieters Y, Janzyk V, Tellier V, Wéry E et al. Carnet de bord de la santé 2001. Province de Hainaut, Observatoire de la Santé du Hainaut, 4, 1-47. 2001. Havré
- (3) Piette D, Parent F, Coppieters Y, Favresse D, Bazelmans C, Kohn L et al. La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire - Quoi de neuf depuis 1994 ? - Comportement et modes de vie des jeunes scolarisés et des jeunes en décrochage scolaire en Communauté française de Belgique de 1986 à 2002. ULB, PROMES Ecole de Santé Publique ULB, Communauté française de Belgique, éditeurs. 1-111. 2003. Bruxelles.
- (4) Warren C, Riley L, Asma S, Eriksen M, Green L, Blanton C et al. Tobacco use by youth : a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey project. Bulletin of the World Health Organization 2000 ; 78 (7) : 868-876.

Chapitre II

LES REPRÉSENTATIONS DU BIEN-ÊTRE CHEZ LES JEUNES HENNUYERS

1. Introduction

2. Résultats

3. De ces constats on retiendra

4. Références bibliographiques

I. INTRODUCTION

La présente étude aborde les représentations du bien-être chez les jeunes de 9 à 18 ans. Son but vise à améliorer l'approche dans les actions de prévention et de promotion de la santé destinées aux jeunes, en tenant compte de ce qui semble avoir du sens pour eux (1). L'objectif n'était donc pas de documenter le mal-être, les racines de la violence, ce qui fait qu'un jeune décroche, décompense ou perd ses repères. L'étude a cherché à savoir ce qui est important pour les jeunes, de quoi et de qui dépend leur bien-être selon eux.

Il est normal de passer par des situations de "mal-être", surtout au cours de la révolution de l'adolescence. La majorité des jeunes, cependant, trouvent eux-mêmes, avec leurs pairs, des adultes, des lectures, des scénarios de réponses non destructeurs. C'est ce champ-là que nous avons souhaité explorer, dans la lignée du travail d'anthropologues comme Pascale Jamouille (2), qui rappelle que mieux on connaît les représentations, mieux on peut activer les leviers du dialogue.

"Grandir en santé", "comportements à risque", autant que "bien-être" sont en réalité des concepts relativement abstraits, qui font appel à des cadres de référence probablement différents pour les adultes et les adolescents.

Les réponses présentées sont celles des jeunes. Elles invitent le lecteur à se poser des questions sans interprétation hâtive. Elles sont un point d'entrée à une discussion autour des actions de promotion du bien-être (3).

Le thème abordé a été relativement peu étudié sous forme d'enquêtes [(4), (5), (6), (7)]. La préparation de la recherche sur les représentations du bien-être a donc suivi un chemin spécifique. En effet, assez peu d'études quantitatives ont été réalisées dans ce domaine et les questions validées sur le plan international sont peu nombreuses. Dans une première étape, trois approches ont permis d'affiner les composantes du thème de recherche: une consultation étendue d'Internet pour balayer les champs du "déjà fait", un relevé des questionnements existants et enfin, la consultation de personnes du terrain. Nous tenons tout particulièrement à remercier le Professeur Augusto MURILLO (CREAS Mons), ainsi que Monsieur André LUFIN (Croix-Rouge de Belgique) et Monsieur Mathieu DAUBRESSE (Clés pour l'adolescence).

Dans une seconde étape, une enquête préliminaire a été réalisée auprès de 90 jeunes des 3 classes d'âge concernées. Cette enquête comportait 6 questions ouvertes. À partir des réponses, une typologie des domaines de vie notés comme importants a été élaborée et les caractéristiques associées au bien-être recensées. Après quelques regroupements, six domaines de vie retenus comme importants par les jeunes ont pu être identifiés : la famille, les amis, l'école, les loisirs (occupations en dehors de l'école), ce qui se passe dans le monde (du quartier aux autres pays) et la santé.

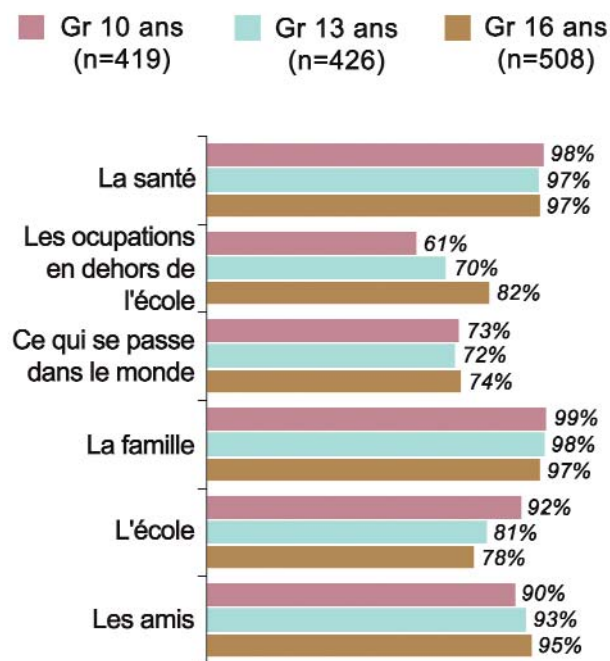
Les questions ont ensuite été construites de manière systématique autour de ces domaines de vie: importance et interactions des différents domaines de vie, ressources et obstacles dans la vie courante, caractéristiques du bien-être dans les différents milieux de vie et enfin, ressenti et sentiment de maîtrise personnelle dans les différents aspects considérés.

2. RÉSULTATS

2.1. QUELS SONT LES DOMAINES DE VIE IMPORTANTS POUR LES JEUNES ET Y A-T-IL DES LIENS ENTRE EUX?

L'enquête préliminaire à questions ouvertes avait permis de mettre en évidence 6 domaines de vie importants. Les premières questions visaient à comparer l'importance relative de ces différents domaines de vie et à rechercher les relations qu'il peut y avoir entre eux.

Figure 1 : Pour moi, ce qui est important ou très important, c'est...



Quel que soit le groupe d'âge considéré, la famille et la santé arrivent largement en tête des domaines de vie les plus importants pour les jeunes ($\geq 95\%$).

Viennent ensuite les amis (autour de 92% des jeunes les citent), dont l'importance croît avec l'âge (entre autres avec l'arrivée des "petits amis"), puis l'école et les occupations en dehors de l'école (autrement dit les loisirs au sens large).

Ce qui se passe dans le monde semble revêtir une importance moindre (75%), se modifie peu avec l'âge, et apparaît légèrement plus important pour les garçons. Comme notre enquête s'est déroulée au cours de l'année scolaire 2001-2002, nous avons bien sûr vérifié si les "événements du 11 septembre" avaient eu un impact sur les réponses des jeunes à propos de "ce qui se passe dans le monde". Nous n'avons pu mettre en évidence aucune influence de cet événement sur les réponses.

Insistons sur les images en miroir en ce qui concerne d'un côté l'école et de l'autre les amis et les occupations en dehors de l'école. Alors que l'école perd de l'importance avec l'âge, a contrario, les amis et les loisirs prennent de plus en plus de place. Au-delà de ce qu'on perçoit intuitivement, l'enquête met en évidence l'ampleur des proportions. Par exemple, la proportion de jeunes pour qui l'école à peu d'importance est de 8% à 10 ans, de 19% à 13 ans et de 22% à 16 ans.

Globalement, on observe peu de différence entre les filles et les garçons dans l'importance accordée aux différents lieux de vie.

Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2001-2002

LES REPRÉSENTATIONS DU BIEN-ÊTRE

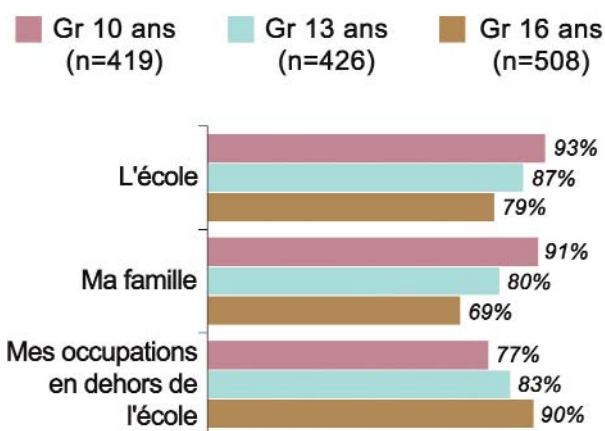
CHEZ LES JEUNES HENNUYERS

A 16 ans, 22% des jeunes déclarent que l'école revêt peu d'importance. Cette proportion est plus élevée dans les filières technique (38%) et professionnelle (25%). Par contre, on n'observe pas de différence selon le type de foyer et le nombre de revenus du travail dans la famille.

Globalement, on observe que les aînés donnent moins de réponses tranchées que les plus jeunes ; ils substituent très souvent la réponse "important" à la réponse "très important". Cette caractéristique se retrouve tout au long du questionnaire.

Les questions suivantes visaient à mettre en évidence les liens éventuels qui existent en relation avec le bien-être entre les différents domaines de vie.

Figure 2 : Je me sens bien avec mes amis grâce à...



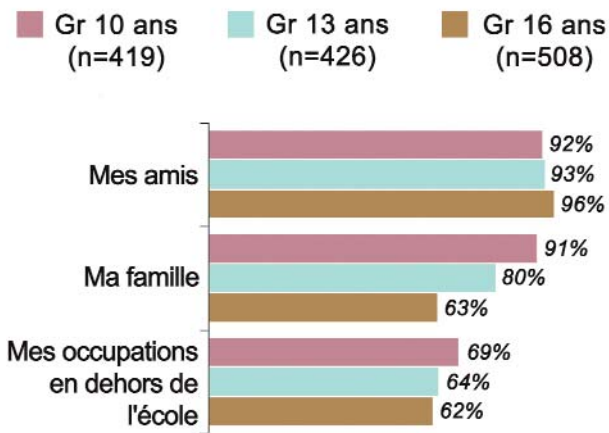
Pas vraiment une surprise que d'observer l'importance relative de l'école, de la famille, des loisirs dans le fait de se sentir bien avec ses amis et ce, pour tous les groupes d'âge. A 10 ans, on note un impact majeur de la famille et de l'école sur le bien-être avec les amis. A 16 ans, les loisirs deviennent les plus importants, mais l'école et la famille gardent une influence sur les relations amicales pour les 3/4 des jeunes interrogés. Ceux-ci semblent donc conscients de l'importance réciproque de leur bien-être dans leurs différents milieux de vie. Ces résultats sont conformes au constat de cliniciens pédopsychiatres : Véronique Delvenne (présidente des pédopsychiatres francophones de Belgique) (8), dans sa communication au CEDORES le 23 octobre 2003 à Marcinelle, rapportait que lorsque quelque chose ne va pas bien dans un des cadres de vie d'un jeune (par exemple à l'école ou dans la famille), il est intéressant de s'interroger sur la manière dont il évolue dans les autres lieux de vie pour pouvoir l'aider.

D'une manière générale, il n'y a pas de différence entre les garçons et les filles quand ils estiment l'impact de la famille, de l'école ou des loisirs sur leur bien-être avec leurs amis.

Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2001-2002

Les mêmes questions ont été posées sur les liens entre le bien-être à l'école et les autres domaines de vie.

Figure 3 : Je me sens bien à l'école grâce à...



Quels que soient l'âge et le sexe des jeunes interrogés, un même sentiment est partagé par plus de 90% d'entre eux : de bonnes relations avec les amis constituent un élément essentiel du bien-être à l'école.

Le rôle de la famille dans le bien-être à l'école évolue quant à lui fortement avec l'âge : à 10 ans, ils sont 91% à estimer le rôle de la famille important, à 13 ans 80% et à 16 ans seulement 63%.

37% des jeunes de 16 ans ont donc un avis contraire, ce qui peut refléter deux opinions différentes : soit le rôle de la famille a peu d'influence sur le bien-être à l'école, soit la famille constitue un obstacle au bien-être à l'école (conflits liés aux résultats, par exemple).

Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2001-2002

Les enfants provenant de familles sans revenus du travail attribuent plus d'importance au rôle de leur famille dans leur bien-être à l'école que les enfants des familles avec 1 ou 2 revenu(s) de travail. Quant au bien-être dans les loisirs, on observe une influence plus prégnante de la famille que des amis.

Le bien-être dans chacun des lieux de vie est étroitement lié au bien-être dans l'ensemble des lieux de vie et ce, d'autant plus que l'enfant est jeune. La famille, l'école et les copains sont les éléments les plus souvent cités comme importants et ce, quel que soit l'âge. Entre 9 et 16 ans, l'impact sur la perception du bien-être des loisirs augmente proportionnellement à la diminution de celui de l'école. Ainsi donc, si l'école semble un lieu idéal pour la promotion de la santé chez les jeunes enfants, les loisirs semblent peut-être un cadre intéressant à investir en promotion de la santé chez les plus grands.

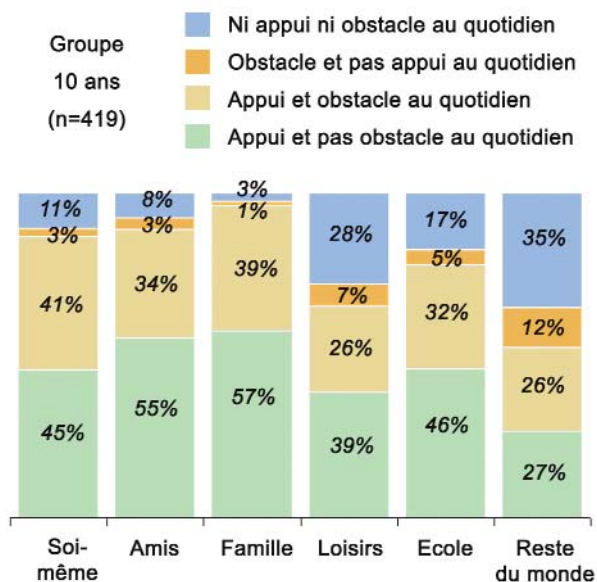
On n'observe pas de différence significative entre les filles et les garçons dans l'importance accordée aux différents lieux de vie. Il y a également peu de variations en fonction de critères socio-économiques : l'importance de l'école est moindre pour les jeunes des filières professionnelles ; le rôle de la famille dans le bien-être à l'école semble plus faible pour les enfants provenant de foyers bénéficiant de revenus du travail. Ce dernier résultat pourrait témoigner de l'importance de la disponibilité des parents pour les relations avec l'école ou d'une plus grande "indépendance" (confiance en soi) des enfants en situation plus aisée.

2.2. OÙ LES JEUNES TROUVENT-ILS DES RESSOURCES DANS LA VIE QUOTIDIENNE, OÙ SITUENT-ILS LES OBSTACLES AU BIEN-ÊTRE ?

Deux questions concernaient les représentations des jeunes sur les ressources et les obstacles à leur bien-être au quotidien dans les différents milieux de vie. La première question demande pour chacun des lieux de vie, si le jeune le considère comme un appui au quotidien, la seconde demandait au jeune de manière similaire s'il considère chacun des lieux de vie comme un obstacle potentiel à son bien-être au quotidien. Les réponses aux deux questions ont été regroupées pour obtenir un profil général par groupe d'âge en quatre catégories de réponses, pour chacun des lieux de vie.

Dans les figures 4a et 4b, la base des colonnes représente la valeur la plus positive : le lieu de vie est un appui au quotidien mais pas un obstacle. Dans la tranche juste au dessus, le lieu de vie est parfois considéré comme un appui, parfois comme un obstacle au bien-être quotidien. Plus haut, arrive la proportion de jeunes qui considèrent le lieu de vie uniquement comme un obstacle au bien-être dans la vie quotidienne. Enfin, tout en haut, se trouve la part de ceux qui ne se prononcent pas (ni appui, ni obstacle).

Figure 4a : Dans le quotidien, les différents lieux de vie sont-ils un appui, un obstacle, un appui et/ou un obstacle ou aucun des deux, groupe 10 ans ?



Les résultats montrent que les enfants du groupe des 10 ans trouvent avant tout de l'appui dans leur famille et chez leurs amis puis, tout juste après, en eux-mêmes et à l'école. A cet âge, 86% des enfants disent trouver des ressources en eux-mêmes mais la moitié d'entre eux (41%) se reconnaissent également comme obstacle occasionnel à leur propre bien-être.

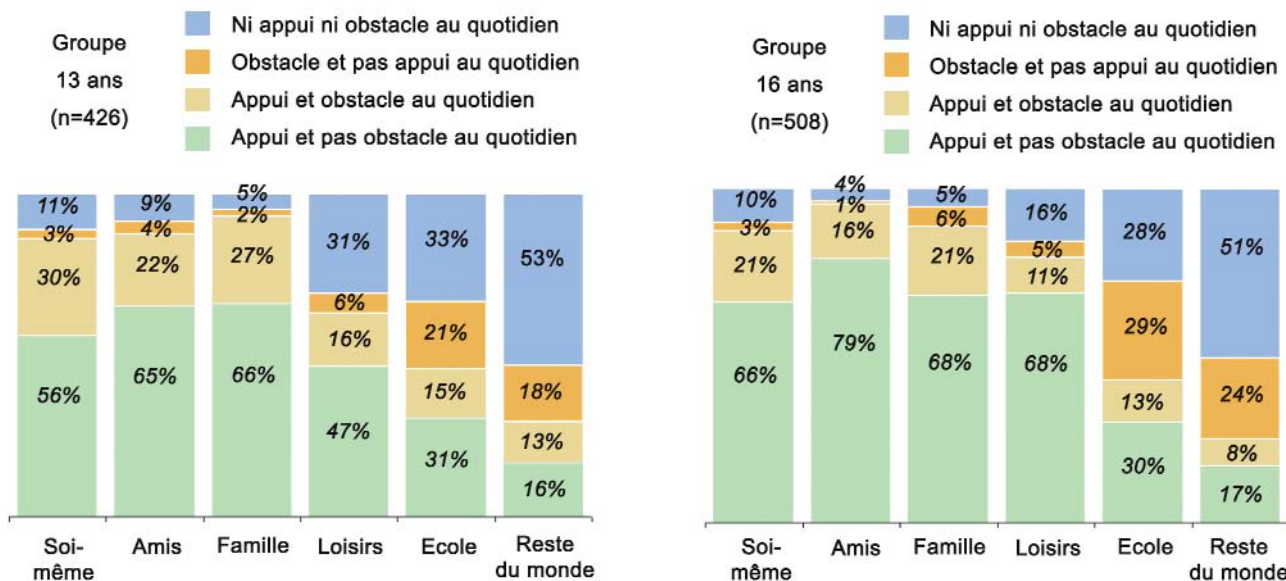
En ce qui concerne l'école, on observe que 17% des enfants ne la considèrent ni comme un appui, ni comme un obstacle à leur bien-être et 5% comme un obstacle seulement. Au total, ce sont donc 23% des enfants de 10 ans qui déclarent donc ne pas trouver d'appui à l'école.

Les réponses quant au bien-être dans les loisirs posent également question. En effet, 7% des jeunes de 10 ans interrogés considèrent les loisirs comme un obstacle sans qu'ils soient une ressource dans leur bien-être : s'ennuient-ils dans leurs loisirs, ont-ils trop d'activités extrascolaires ou ces activités sont-elles un choix imposé par les parents ?

A propos de ce qui se passe dans le monde, 35% des enfants de 10 ans déclarent n'y trouver ni appui, ni obstacle et 38% d'entre eux y trouvent un obstacle potentiel à leur bien-être.

Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2001-2002

Figure 4b : Dans le quotidien, les différents lieux de vie sont-ils un appui, un obstacle, un appui et/ou un obstacle ou aucun des deux, groupe 13 ans et 16 ans ?



Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

A 13 et 16 ans, on notera des changements importants par rapport à l'école : la part des jeunes qui la considèrent uniquement comme un obstacle et pas comme un appui augmente : 21% à 13 ans et 29% à 16 ans. La part de ceux qui ne se prononcent pas est également plus élevée : 33% à 13 ans et 28% à 16 ans. La proportion totale des jeunes qui déclarent ne pas trouver d'appui à l'école s'élève donc à 54% à 13 ans et 58% à 16 ans.

Ne pas se prononcer est le plus fréquent pour "ce qui se passe dans le monde" (51% à 16 ans), un peu moins pour l'école (28% à 16 ans) et les loisirs (16% à 16 ans).

Par ailleurs, lorsqu'il grandit, le jeune se voit davantage comme ressource que comme obstacle à lui-même. A 10 ans, 41% des jeunes interrogés se voient aussi bien comme une ressource que comme un obstacle à leur bien-être. Cette proportion baisse à 30% à 13 ans et 21% à 16 ans. A l'inverse, la part des jeunes qui se considèrent avant tout comme une ressource pour leur bien-être passe de 41% à 10 ans à 56% à 13 ans et 66% à 16 ans.

Ce constat reflète la construction de l'identité et l'argumentation de la confiance en soi qui en résulte (9).

La famille (≥ 90%), les amis (≥ 85%) et soi-même (≥ 85%) sont les sources d'appui les plus importantes pour les jeunes, quel que soit leur âge. L'école secondaire est ressentie comme un obstacle ou en tout cas pas comme un appui par plus d'un jeune sur 2 qui la fréquentent. À 16 ans, un jeune sur 10 ne perçoit pas sa famille comme un soutien au quotidien. Globalement, le soutien de l'adulte au jeune est une question qui reste posée tout au long du chapitre sur le bien-être et plus particulièrement à propos de l'école.

2.3. LES CONDITIONS DU BIEN-ÊTRE AUX YEUX DES ÉLÈVES HENNUYERS

La recherche préliminaire à l'enquête, basée sur des questions ouvertes, avait permis de mettre en évidence différentes caractéristiques associées au bien-être par les jeunes. Les différentes caractéristiques citées ont été regroupées en 14 items. Globalement se dégagent deux grands types de réponses, d'une part les items ayant trait à la vie relationnelle et sociale (appelés socio-affectifs dans la présentation de ces résultats), d'autre part les items relatifs aux activités, à l'action (dits "autres aspects de la vie en société"). Ce regroupement a été effectué par les chercheurs de manière relativement arbitraire, il n'est destiné qu'à faciliter les commentaires sur les réponses.

Tableau 1 : Composantes du bien-être - Items proposés dans le questionnaire

Aspects "socio-affectifs"	Aspects "vie en société"
C'est important d'être respecté. C'est important de résoudre les conflits. C'est important d'être aimé. C'est important d'avoir du plaisir. C'est important de se sentir en confiance. C'est important d'être accepté (intégré) dans l'entourage (quartier, famille, pairs). C'est important de pouvoir échanger avec les autres. C'est important d'avoir le soutien d'adultes.	Le temps libre est important. Les multimédia (T.V., console, PC, GSM... sont importants. L'argent est important. C'est important de faire du sport. Les résultats scolaires sont importants. C'est important de réussir.

Dans le questionnaire final, les 14 items ont été proposés dans un ordre aléatoire. Il était demandé aux jeunes de choisir les 3 caractéristiques les plus importantes contribuant à leur bien-être dans chacun des milieux de vie et de les ranger par ordre d'importance.

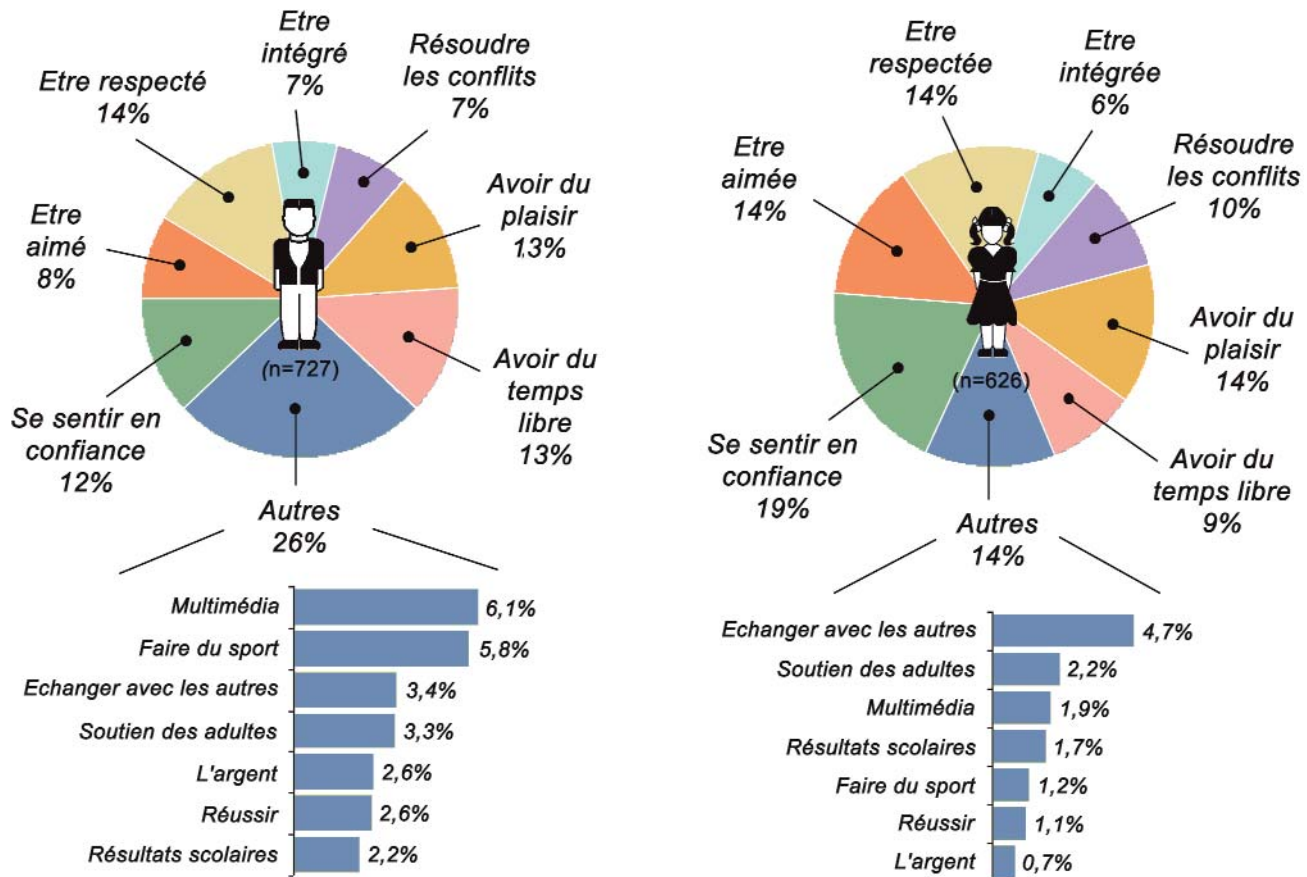
Les résultats présentés dans ce carnet de bord sont globaux et tiennent compte de l'ordre dans lequel les différents items ont été cités. Choisi en premier lieu, un item reçoit une cote de 3 points, en deuxième lieu de 2 points et en troisième lieu d'un point. La part relative de chaque item est ensuite calculée pour chaque lieu de vie : les graphiques de ce chapitre présentent l'importance relative de chaque caractéristique du bien-être pour l'ensemble des garçons et filles. Le total des pourcentages est donc toujours 100%. Il ne s'agit donc pas de la proportion des jeunes ayant cité tel ou tel item mais de la part relative des réponses. Les différences observées sont moins marquées entre les groupes d'âge qu'entre les filles et les garçons, ce qui explique le choix des graphiques présentés.

Une première analyse incite à penser que les garçons sont plus dans "le faire" (dans l'action, les aspects "vie en société") que les filles. Cependant, l'ensemble des jeunes accordent une place prépondérante à la relation à l'autre (aspects socio-affectifs). D'un lieu de vie à l'autre, les réponses varient et les 3 domaines qui semblaient a priori les plus intéressants à discuter portent sur le bien-être avec les amis, avec la famille et à l'école.

2.3.1. LES COMPOSANTES DU BIEN-ÊTRE AVEC LES AMIS

Le graphique ci-dessous représente la part relative attribuée aux différentes composantes du bien-être par l'ensemble des filles et des garçons (score pondéré des réponses).

Figure 5 : Conditions pour être bien avec ses amis (score pondéré relatif par sexe)



Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2001-2002

Ces graphiques présentent la part relative des différentes caractéristiques du bien-être selon les jeunes, en tenant compte de l'ordre dans lequel les différents items ont été choisis.

La part des aspects socio-affectifs occupent une place prépondérante dans le bien-être avec les amis, et ce, quels que soient l'âge ou le sexe.

Chez les garçons, la part accordée aux aspects de la "vie en société" est plus élevée que chez les filles : elle atteint 33% (avoir du temps libre 13%, argent 3%, multimédia 6%, faire du sport 6%).

Chez les filles, la part accordée aux aspects socio-affectifs est plus importante que pour les garçons et augmente encore avec l'âge : de 79% à 10 ans, elle passe à 89% à 16 ans ; les aspects matériels comme l'accès au multimédia, faire du sport, la réussite scolaire et l'argent obtiennent tous moins de 3%.

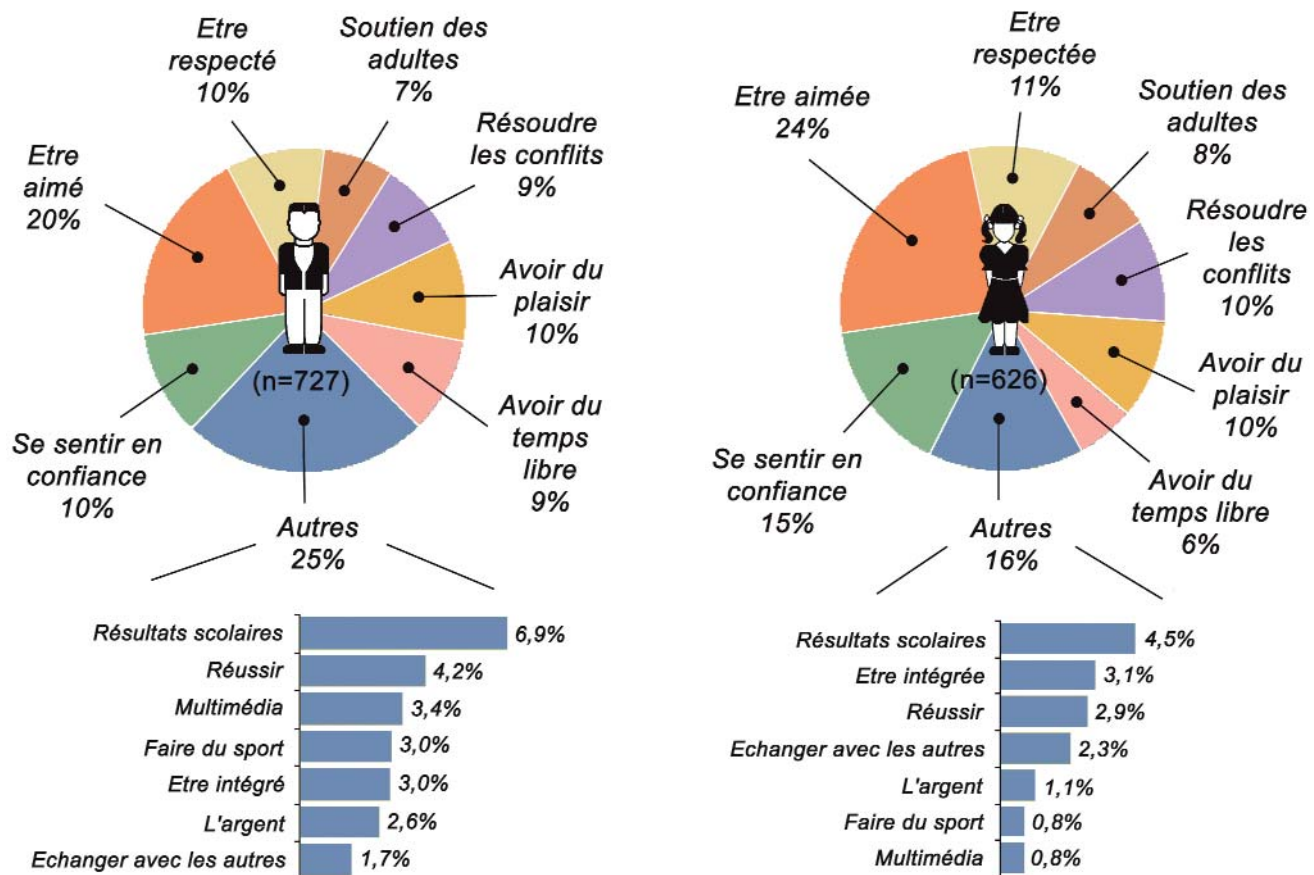
La réussite, l'argent et les résultats scolaires sont peu cités par les jeunes comme composante importante de leur bien-être avec les amis, quels que soient leur âge et leur sexe (scores inférieurs à 3%).

Les aspects socio-affectifs comptent globalement pour plus de 70% des items liés au bien-être avec les amis. Les aspects plus matériels comme l'argent, les résultats scolaires comptent peu dans les relations amicales. Il y a plus de différences dans les représentations du bien-être entre les garçons et les filles qu'entre les différents groupes d'âge.

2.3.2. LES COMPOSANTES DU BIEN-ÊTRE DANS LA FAMILLE

De la même manière, les jeunes ont été interrogés sur ce qu'ils trouvent important pour leur bien-être en famille.

Figure 6 : Conditions pour être bien dans sa famille (score pondéré relatif par sexe)



Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2001-2002

Cette figure a été construite sur le même modèle que la précédente. Elle appelle à des commentaires quasi similaires, à quelques détails près. Tout d'abord, la part des aspects socio-affectifs pour se sentir bien dans sa famille est à nouveau très marquée, quels que soient l'âge ou le sexe des jeunes interrogés. Elle augmente avec l'âge même si, comme on l'a vu précédemment, la famille revêt globalement moins d'importance pour les élèves les plus âgés.

Chez les garçons, "être aimé" obtient le score le plus élevé (20%). Avec "être respecté" et "se sentir en confiance", la part relative des citations est de 40%. Résoudre les conflits et avoir le soutien des adultes ajoutent 16% supplémentaires.

Chez les filles, "être aimée" obtient un score de 24% ; avec "être respectée" et "se sentir en confiance", la part relative des réponses est de 50%. Résoudre les conflits et avoir le soutien des adultes obtient un score de 18%.

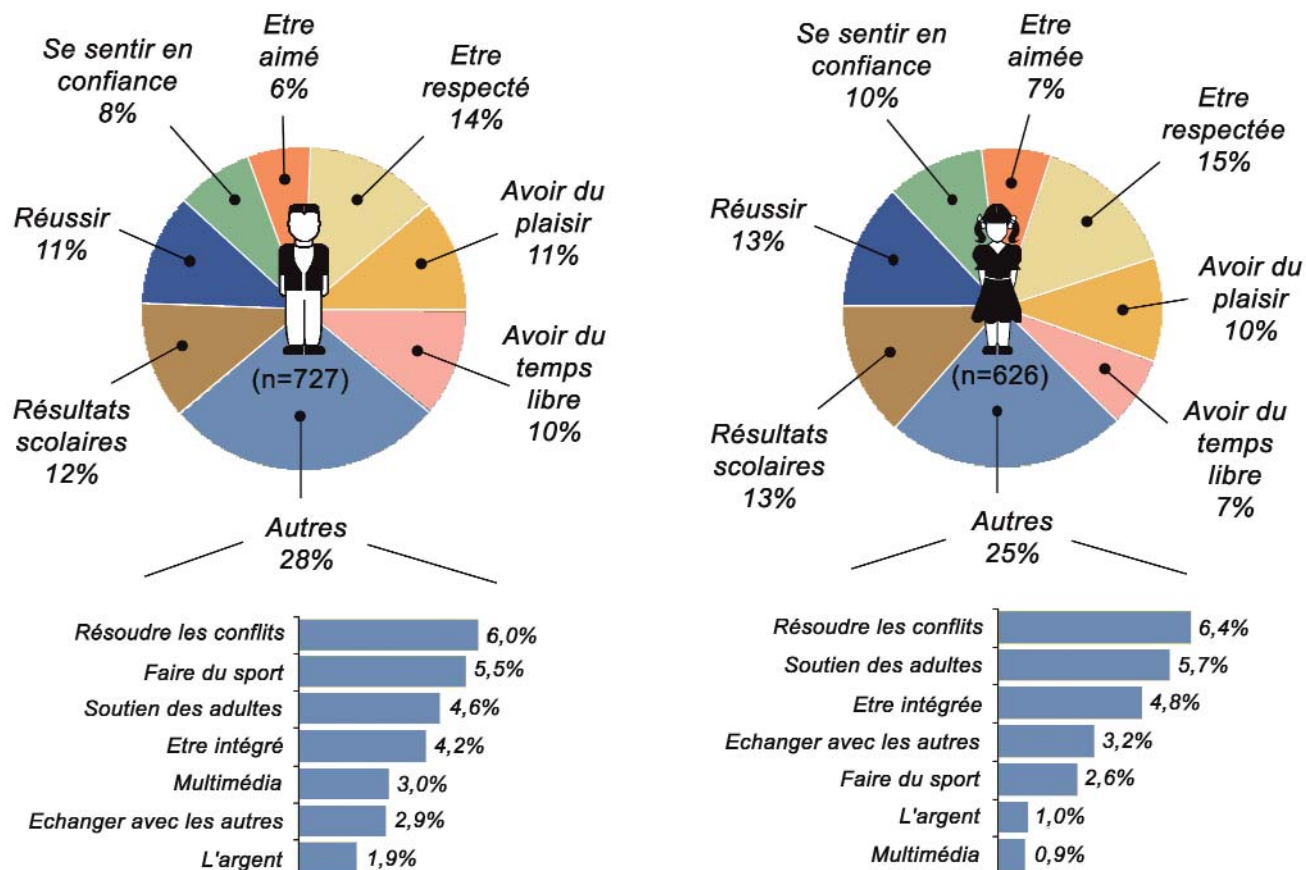
La place des résultats scolaires et de la réussite en général est légèrement plus prégnante sur le bien-être en famille chez les garçons (11%) que chez les filles (7%).

Les aspects tout à fait matériels comme l'argent, les multimédia, sont moins souvent cités. Notons pour finir que si "être intégré" (dans la famille) recueille relativement peu de suffrages, c'est sans doute en partie parce que cela semble aller de soi.

Etre aimé, respecté et se sentir en confiance occupent une part relative de 50% chez les filles et 40% chez les garçons sur une liste de 14 items proposés comme caractéristiques souhaitables pour le bien-être en famille. Résoudre les conflits et avoir le soutien des adultes comptent pour environ 17%.

2.3.3. LES COMPOSANTES DU BIEN-ÊTRE À L'ÉCOLE

Figure 7 : Conditions pour être bien à l'école (score pondéré relatif par sexe)



Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2001-2002

Cette figure a été construite sur le même modèle que les deux précédentes. Pour se sentir bien à l'école, le respect, la confiance et se sentir aimé recueillent une part relative de suffrage de 28% chez les garçons et 32% chez les filles, la réussite scolaire ou autre 23% chez les garçons et 27% chez les filles, le plaisir 11% et 10%, le temps libre 10% et 7%.

Contrairement à ce qui se passe pour la famille ou les amis, on observe peu de différence entre les garçons et les filles et on remarque que les jeunes

accordent moins d'importance au soutien de la part des adultes au sein de l'école (score de 5%) que dans la famille (8%). Cette observation concorde avec le malaise reconnu depuis quelques années par de nombreux adultes dont le métier est d'encadrer des enfants. De même, la résolution des conflits au sein de l'école obtient un score relativement bas (6% contre 10% pour la résolution de conflits en famille) : soit les jeunes ont peu de conflits à l'école (peu probable), soit ils ont peu d'espoir qu'ils se résolvent.

A côté des aspects récurrents pour l'ensemble des milieux de vie (être aimé, respecté, en confiance), relevons également l'importance du plaisir.

Le faible score du soutien des adultes (5%) indique plus que probablement des relations à restaurer dans le triangle constitué par les parents, les professeurs/éducateurs et autres acteurs scolaires, et les élèves.

2.4. SENTIMENTS ET MILIEUX DE VIE

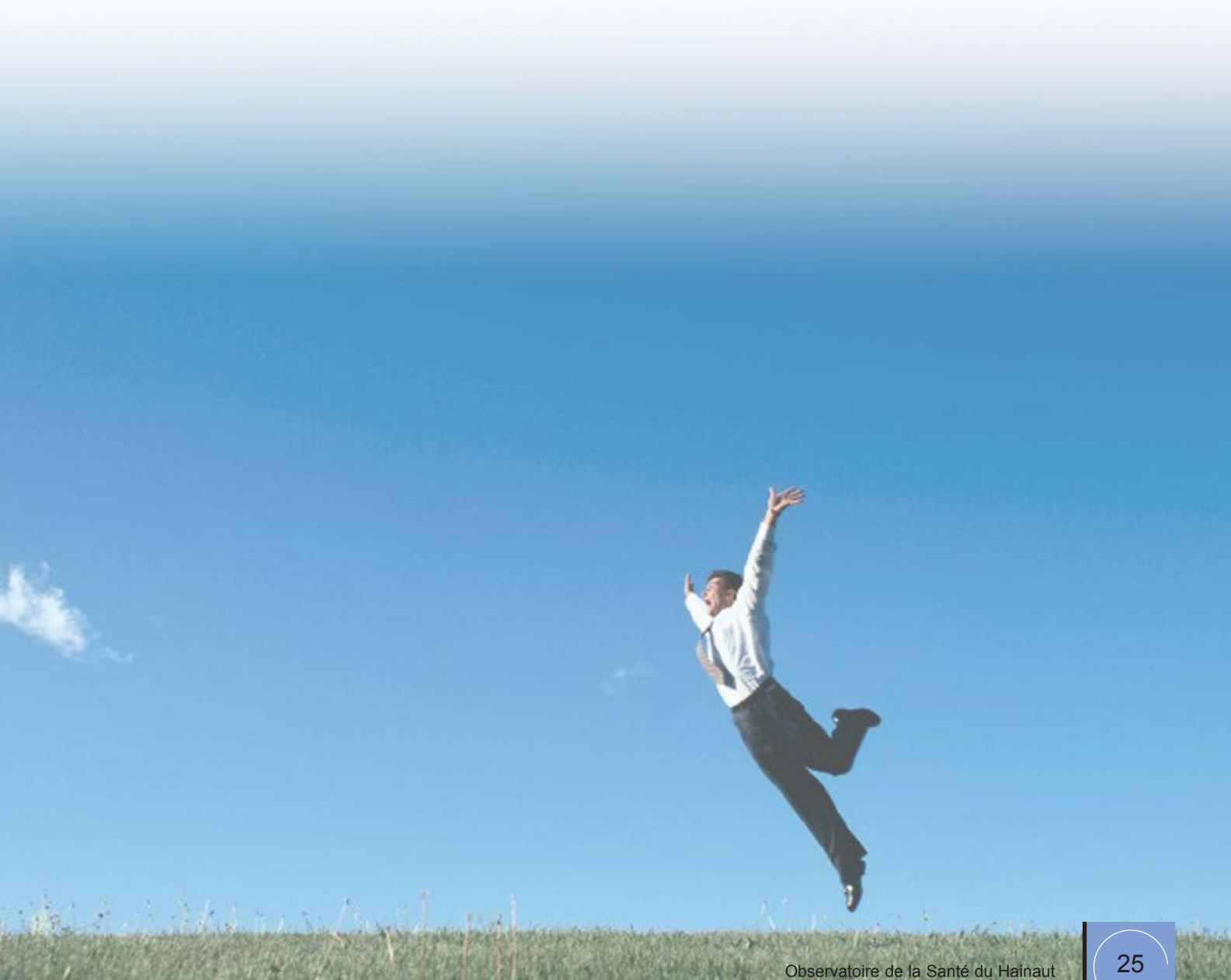
Les questions qui suivent abordent le ressenti des jeunes dans différents domaines de vie.

Douze sentiments leur ont été proposés : se sentir joyeux, inquiet, triste, en colère, confiant, seul, ennuyé, déçu, agressif, coupable, heureux, timide.

Pour chaque lieu de vie, une réponse est donnée pour chaque sentiment : le jeune note s'il le ressent (ou s'il lui arrive de le ressentir) ou non ; ensuite, il indique le plus important pour lui.

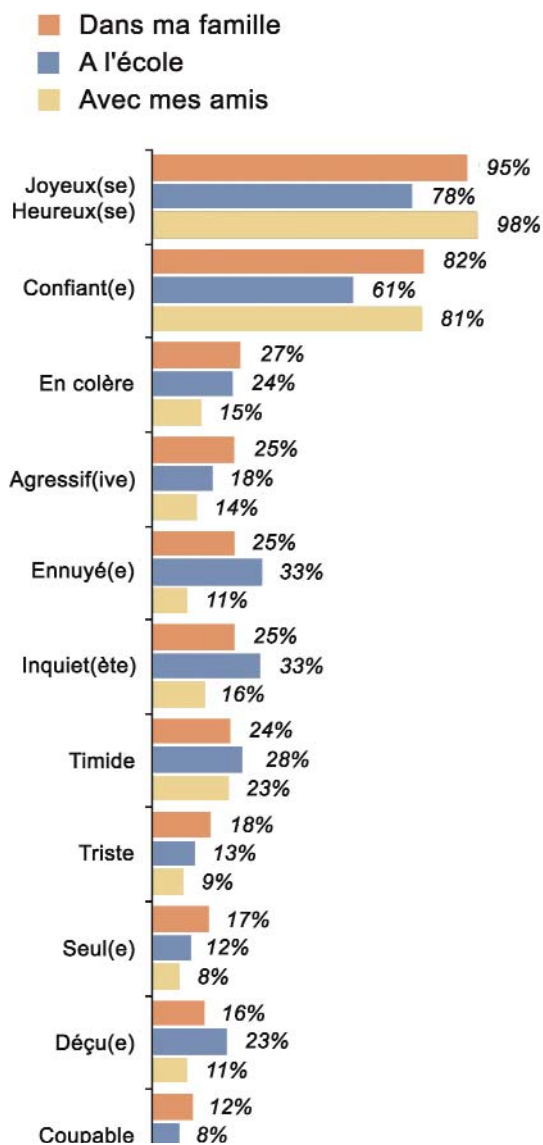
Certains sentiments apparemment contradictoires sont parfois éprouvés par le jeune dans un même lieu de vie : se sentir globalement heureux dans sa famille n'exclut pas qu'on puisse se sentir agressif ou en colère à l'occasion. Les psychologues relèvent à ce propos que pouvoir exprimer un sentiment qu'il soit connoté positivement (joie) ou négativement (peur - tristesse - colère) est positif en soi. Ne pas pouvoir exprimer (et éprouver) un sentiment connoté négativement doit être considéré comme plus interpellant [(10), (11)].

La figure 8 présente les sentiments éprouvés vis-à-vis de la famille, de l'école et des amis.



2.4.1. LE RESSENTI DANS LA FAMILLE, À L'ÉCOLE ET AVEC LES AMIS

Figure 8 : Dans ma famille, à l'école, avec mes amis, je me sens plutôt...



Que ce soit en famille, à l'école ou entre amis, l'impression générale qui ressort est un sentiment positif de bien-être vécu par la grande majorité des jeunes. En effet, plus de 9 jeunes sur 10 se déclarent joyeux ou heureux dans leur famille et avec leurs amis (respectivement 94% et 97%). Ils se disent également plutôt confiants : 83% le déclarent en famille, 81% avec leurs amis. L'école concentre des sentiments de bien-être globalement moins positifs (78% d'heureux et seulement 61% de confiants). 39% des jeunes donc disent ne pas se sentir confiants vis-à-vis de l'école, qu'ils reconnaissent de moins en moins comme une source d'appui lorsqu'ils grandissent (voir figure 4b page 20).

Les sentiments "négatifs" ne concernent toutefois jamais plus d'un tiers des jeunes, quel que soit l'environnement ou le sentiment dont il est question.

Dans sa famille, un quart des jeunes éprouve de la colère, de l'agressivité, de l'ennui et/ou de l'inquiétude. La colère et l'agressivité des filles vis-à-vis de leur famille augmente avec l'âge (10% à 10 ans et 36% à 16 ans), tandis qu'en miroir, la timidité diminue. 12% des jeunes disent éprouver de la culpabilité dans leur famille.

A l'école, les jeunes éprouvent de l'ennui ou de l'inquiétude dans 1/3 des cas. Enfin, un enfant sur 5 se dit déçu par l'école. Ce sentiment est plus fréquent chez les garçons et augmente chez eux avec l'âge (18% à 10 ans, 22% à 13 ans et 34% à 16 ans).

Avec leurs amis, les jeunes se sentent moins souvent mal qu'à l'école ou en famille. Les principaux sentiments connotés "négativement" exprimés par les jeunes avec leurs amis sont la timidité (23%) et la déception (23%).

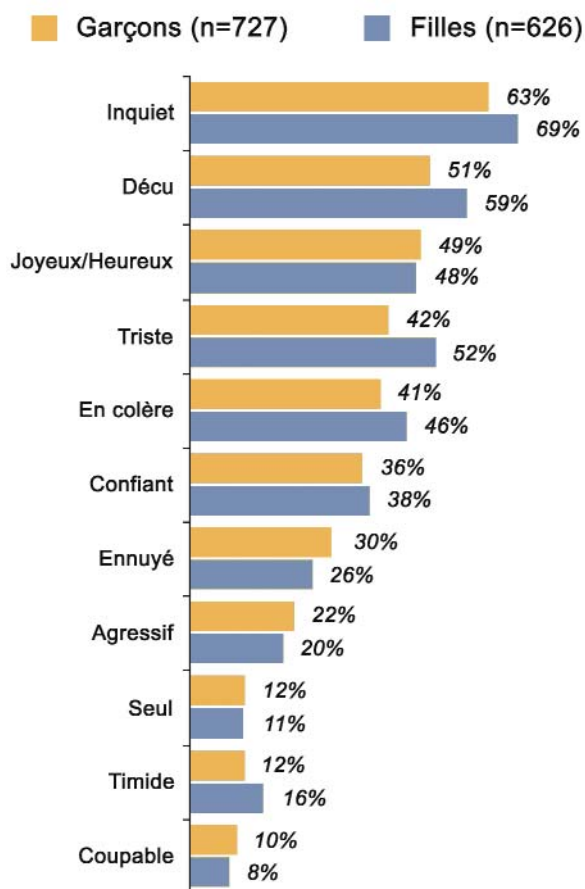
Dans l'ensemble, les filles se montrent plus inquiètes que les garçons.

Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2001-2002

La plupart des jeunes se sentent bien [heureux, joyeux ($\geq 90\%$), confiants ($\geq 80\%$)] avec leurs amis et leur famille. Un 1/4 d'entre eux semble cependant éprouver des sentiments connotés négativement dans leur famille et 10% vis-à-vis de leurs amis. A l'école, par contre, le niveau de confiance est beaucoup plus bas (61%), celui d'inquiétude (33%) et d'ennui (33%) beaucoup plus haut. Les amis, ceux que le jeune choisit, sont le moins souvent source de sentiments négatifs.

2.4.2. LE RESSENTI PAR RAPPORT À CE QUI SE PASSE DANS LE MONDE

Figure 9 : Par rapport à ce qui se passe dans le monde, je me sens plutôt...



Par rapport à ce qui se passe dans le monde, on sent réellement un mal-être chez la plupart des grands adolescents : deux tiers sont inquiets, la moitié déçus, tristes et/ou en colère. 1/3 des jeunes se disent confiants.

Les sentiments négatifs augmentent avec l'âge surtout chez les filles. Par rapport à ce qui se passe dans le monde, on note 52% d'inquiètes à 10 ans et 83% à 16 ans. En grandissant, les filles expriment également de plus en plus de tristesse (39% à 10 ans et 61% à 16 ans). La rupture entre le vécu au quotidien et la manière dont les jeunes se projettent par rapport au monde pourrait être une source de perte de confiance en soi et d'estime de soi et être à l'origine des situations de rupture vis-à-vis de l'école ou de la famille décrites chez certains jeunes.

Au cours de cette enquête, l'équipe d'enquêtrices a par ailleurs été interpellée par le manque de compréhension de certains mots comme "solitude", "entourage", ce qui donne également une indication d'une certaine perte d'ancrage dans le réel, le concret. La question des repères souvent abordée dans la littérature sur le développement des enfants et des adolescents ressurgit donc ici avec force [(12), (13)].

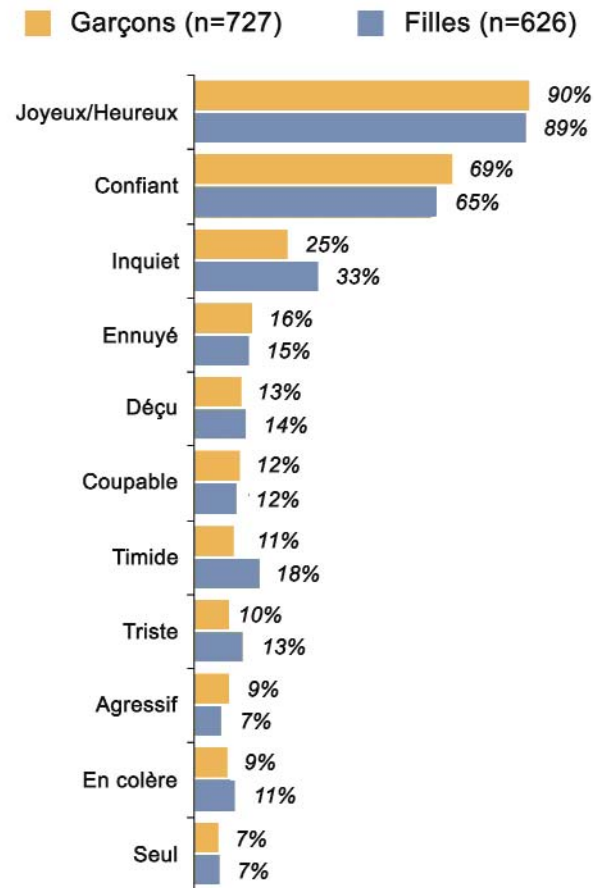
Lors de l'analyse de nos résultats, notre appréhension a été que les événements du 11 septembre 2001 aient pu influencer les résultats obtenus à cette question (l'enquête s'est déroulée entre novembre 2001 et juin 2002), mais l'analyse des réponses n'a pas permis de mettre une telle influence en évidence.

Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2001-2002

Plus de 3/4 des jeunes sont inquiets, déçus, tristes et/ou en colère par rapport à ce qui se passe dans le monde. Ils ne sont donc pas indifférents à ce qui les entoure.

2.4.3. LE RESSENTI PAR RAPPORT À LA SANTÉ

Figure 10 : Par rapport à ma santé, je me sens plutôt...



Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2001-2002

En ce qui concerne la santé (figure 10), 9 jeunes sur 10 se déclarent heureux ou joyeux. Cette proportion diminue avec l'âge, particulièrement chez les filles (de 90% à 10 ans, à 83% à 16 ans).

Un jeune sur 4 en moyenne est inquiet pour sa santé surtout parmi les plus jeunes et notamment les filles (37% des filles de 10 ans déclarent être inquiètes pour leur santé). Logiquement, le sentiment de confiance évolue en sens inverse.

Les autres sentiments sont globalement peu ressentis par les jeunes vis-à-vis de leur santé. Leur importance diminue avec l'âge, à l'exception du sentiment de déception que les filles ressentent de plus en plus. Il se pourrait que le lien entre la santé et l'image du corps soit plus fortement associé chez les dernières.

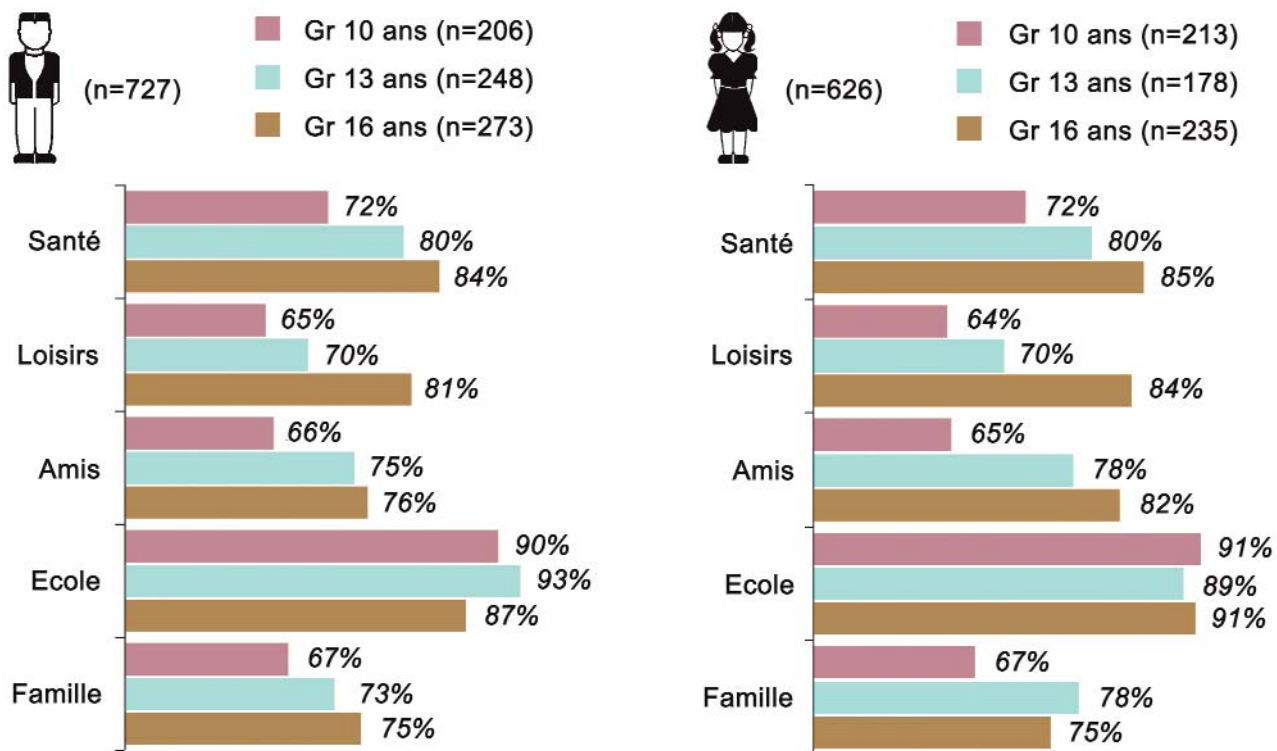
En grandissant, les jeunes s'inquiètent de plus en plus de leur santé. Ce sont principalement les filles de 16 ans qui se disent déçues. On peut émettre l'hypothèse qu'il existe une association indue dans une certaine mesure des deux concepts de santé et image du corps (14)

2.5. QUI DÉTIENT LES CLÉS DU BIEN-ÊTRE ?

Pour chaque domaine de vie, la question du "lieu de contrôle" a été posée, c'est-à-dire qu'on a cherché à savoir dans quelle mesure le jeune a le sentiment de détenir au moins en partie les clés de son bien-être ou s'il les dépose plutôt dans les mains d'autrui ou celles du hasard. Les instruments qui permettent de mesurer le lieu de contrôle (9) investiguent conjointement les trois dimensions pour aboutir à des indices pondérés. Chaque dimension peut ainsi être étudiée en tenant compte des deux autres.

La figure 11 présente la proportion de jeunes chez qui la part "d'internalité" est prépondérante par rapport à "l'externalité" ou le hasard, c'est-à-dire la part des jeunes qui estiment avoir une emprise personnelle sur leur bien-être plus importante que les autres ou que le hasard. La méthode de calcul utilisée se base sur la méthode de Wallston & Wallston (1978) [(15),(16)].

Figure 11 : Internalité du lieu de contrôle du bien-être



Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2001-2002

La prédominance du contrôle interne ("dépend de moi") est présente chez environ 3/4 des jeunes. Il y a peu de différence entre les filles et les garçons et ce, dans tous les groupes d'âge.

Globalement, la perception de la maîtrise personnelle du bien-être augmente avec l'âge, ce qui va de pair avec le développement psychosocial des jeunes [(9), (17)].

Même si l'importance de la famille décroît avec l'âge, a contrario, le sentiment de détenir (au moins) une partie des clés de son bien-être est de plus en plus fréquent.

L'internalité du lieu de contrôle de bien-être augmente également avec l'âge vis-à-vis des amis, des loisirs et de la santé.

Par contre, en ce qui concerne l'école, elle est d'emblée élevée mais varie peu avec l'âge.

Dans tous milieux de vie, c'est la diminution du hasard d'abord et de la part attribuée aux autres ensuite qui contribue à l'augmentation de l'internalité. L'analyse des résultats ne montre pas de différence en fonction de critères socio-économiques comme la profession du père ou la filière d'enseignement.

Plus les jeunes grandissent, plus ils se sentent responsables de leur bien-être, dans tous les contextes de vie.

3. DE CES CONSTATS ON RETIENDRA

Une étude préliminaire sous la forme d'un questionnaire avait permis d'identifier six domaines de vie importants pour les jeunes et les principales caractéristiques du bien-être dans ces différents contextes.

Globalement, la famille et la santé sont les domaines les plus souvent cités comme importants par les garçons et les filles de tout âge. L'importance attribuée à l'école et à la famille diminue avec l'âge, tandis qu'au même moment celle des amis et des loisirs augmente en miroir.

Plus les enfants sont jeunes et plus les différents lieux de vie semblent interdépendants.

L'analyse des différents lieux de vie en tant que ressource ou obstacle au quotidien montre que c'est dans la famille et en eux-mêmes que les jeunes trouvent le plus de ressources.

On s'étonnera de la proportion élevée des jeunes sortant de l'enseignement secondaire qui disent ne pas trouver d'appui à l'école (54% et 58%) et/ou pour qui l'école ne représente qu'un obstacle au bien-être (21% et 30%).

Garçons ou filles, les jeunes de tout âge, privilégient les aspects socio-affectifs comme caractéristiques importantes du bien-être. Seule une minorité d'entre eux citent des éléments strictement matériels (multimédia, argent...).

Dans leur famille et surtout avec leurs amis, les jeunes se sentent plutôt bien. Un quart d'entre eux se disent cependant parfois agressifs ou en colère dans leur famille.

À l'école, un jeune sur 3 ressent de l'ennui et de l'inquiétude, ce qui est cependant nettement moins que vis-à-vis du reste du monde où 2 jeunes sur 3 se disent inquiets et 1 jeune sur 2 en colère.

Enfin, signalons qu'une toute grande majorité de jeunes déclare que son bien-être dans les différents lieux de vie dépend en grande partie de lui-même. Cette conscience de pouvoir être acteur de son bien-être augmente avec l'âge et représente un énorme atout pour toutes les activités d'éducation pour la santé.

L'ensemble des variables "bien-être" a été confronté aux variables de type socio-économique. Il y a très peu de relations statistiquement significatives, ce qui laisse à penser que les aspirations et les représentations du bien-être des jeunes sont globalement assez semblables malgré les inégalités qui les frappent et transparaissent dès le plus jeune âge en termes des comportements de santé par exemple.

Autre constat : la plupart des jeunes interrogés voient leur bien-être et leur vie de manière assez positive et confiante sauf peut-être en ce qui concerne ce qui se passe "dans le monde".

Enfin, notons comme le CFES que : "La notion de santé existe pour tous les jeunes. Elle n'est pas un sujet de préoccupation quotidien mais elle s'inscrit dans la réalité. Ce n'est pas une abstraction." (3).

4. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) EISER C, MORSE R. Can parents rate their child's health-related quality of life ? Results of a systematic review. *Quality Life Research* 2001 ; 10 (4) : 347-357.
- (2) Jamouille P. La débrouille des familles. Récits de vies traversées par les drogues et les conduites à risques. Bruxelles: De Boeck, Collection Oxalis, 2002.
- (3) Oddoux K, Arènes J, Ferron C, Housseau B et al. La communication sur la santé auprès des jeunes - Analyse et orientations stratégiques. Vanves : CFES, 2000.
- (4) Breda J, Goyvaerts K. La mesure générale du bien-être : Esquisse d'une approche quantitative. *Santé Publique* 1999 ; 11 (2) : 103-126.
- (5) Buchanan A, Hudson B. Promoting Children's Emotional Well-being. New York : Oxford University Press, 2000.
- (6) Prevost M, Piette D. Santé et bien-être à l'école - Une enquête sur les comportements de santé des jeunes. *Education Santé* 1999 (139) : 2-5.
- (7) Massé R, Poulin C, Dassa C, Lambert J, Bélair S, Battaglini A. Elaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique : l'E.M.M.B.E.P. *Revue canadienne de Santé Publique* 1998 ; 89 (5) : 352-357.
- (8) Delvenne V. Dépression ou dépressivité chez les adolescents - Colloque du 23/10/2003 : Adolescence : repères et visibilité. Marcinelle : CEDORES, 2003.
- (9) Zdanowicz N. La santé à l'adolescence : Un processus d'internalisation lié à la dynamique familiale - Promoteur : professeur Ph. Van Meerbeeck ; Co-Promoteur : Professeur P. Janne. Université catholique de Louvain - Faculté de Médecine, 2001.
- (10) Filliozat I. Au coeur des émotions de l'enfant. Comprendre son langage, ses rires et ses pleurs. Paris: Lattès, 2000.
- (11) Gordon T. Etre parent, ça s'apprend. La méthode Gordon expérimentée et vécue. Alleur : Marabout, 1995.
- (12) Pleux D. De l'enfant roi à l'enfant tyran. Paris: Odile Jacob, 2002.
- (13) Drory D. Cris et châtiments - Du bon usage de l'agressivité. Comprendre ed. Paris : De Boeck & Belin, 1997.
- (14) Godin I, Levêque A, Berghmans L. Tableau de bord de la santé des jeunes. Province de Hainaut, Observatoire de la Santé du Hainaut, 2, 1-85. 1998. Havré.
- (15) Wallston KA, Wallston BS, De Vellis R. Development of the multidimensionel health locus of control (MHLC) scale. *Health Education Monography* 1978 (6) : 160-170.
- (16) Wallston KA, Wallston BS. Who's responsible for your health ? The construct of health locus of control. In *Social Psychology of Health and Illness*. Sanders GS, Suls J, editors, Hillsdale (New Jersey) : Erlbaum and Co, 1982 : 65-89.
- (17) Zdanowicz N, Janne P, Reynaert C. L'adolescent est-il responsable de sa santé ? *Louvain Médical* 2001 (120) : 255-282.

Chapitre III

LE TABAC ET LES JEUNES HENNUYERS

1. Introduction

2. Résultats

3. De ces constats on retiendra

4. Références bibliographiques

1. INTRODUCTION

Le tabagisme fait 20 000 morts par an en Belgique (1). Il touche de plus en plus de femmes et les jeunes commencent à fumer de plus en plus tôt. Une étude américaine récente a démontré que 40% des jeunes (12-13 ans) ayant essayé de fumer présenteraient des signes de dépendance après 3 semaines. Cette dépendance semblerait s'installer à partir de 2 cigarettes seulement par semaine (2).

Le tabagisme passif est l'autre facette du problème. Il est néfaste non seulement par toxicité directe (par exemple, augmentation et aggravation des maladies respiratoires) mais aussi par la valeur de "modèle" qu'il représente : modèle parental, d'autres adultes ou de pairs.

La lutte contre le tabagisme est difficile. Fumer est présenté à dessein par l'industrie des cigarettes comme symbole de liberté et d'accession à l'âge adulte. De plus, les phénomènes de groupe autour du tabac sont puissants et les conduites d'identification aux pairs difficiles à contrer¹.

Ce chapitre traite de la prévalence du tabagisme, des facteurs prédisposants et des représentations liées à la consommation de tabac.

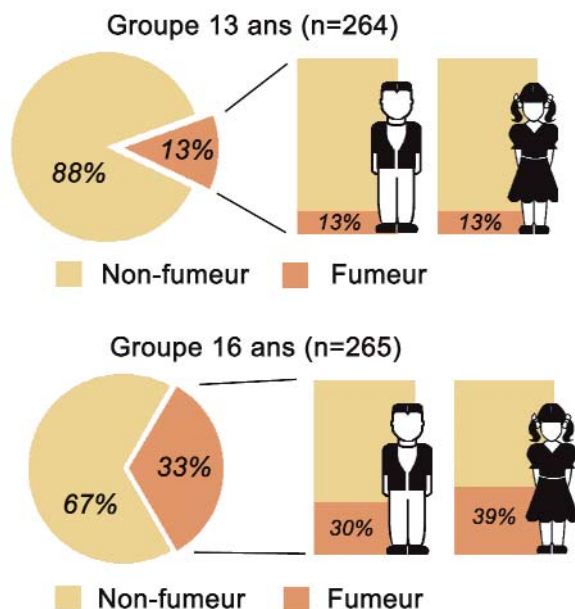
2. RÉSULTATS

2.1. LA PROPORTION DE JEUNES FUMEURS

L'OMS définit le fumeur de la manière suivante : "toute personne qui fume chaque jour un produit tabagique quelconque" (3). C'est à partir de cette définition ("fumer au moins une cigarette par jour") que la proportion de fumeurs parmi les jeunes ayant répondu à l'enquête est présentée dans la figure 1 même si on sait maintenant que la dépendance s'installe en deçà de ce seuil chez les jeunes et que des enquêtes spécifiques aux jeunes (GYTS) (4) attribuent même au seuil d'une cigarette au cours du dernier mois une valeur significative pour l'étude de la consommation de tabac.

1. Les conséquences à court terme comme la baisse des performances sportives, les caries et la mauvaise haleine handicapent la vie sociale et pourraient aussi être un point d'entrée dans la lutte contre le tabac.

Figure 1 : Statut tabagique par groupe d'âge et sexe (1 cigarette par jour)



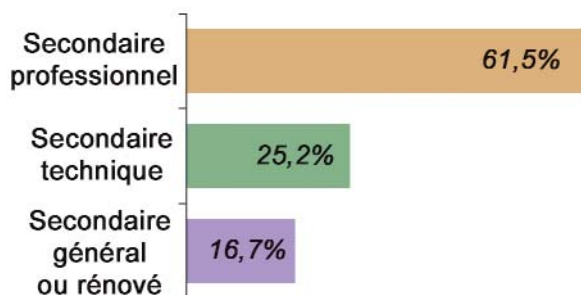
A 13 ans, 1 jeune sur 8 fume. A 16 ans, cette proportion s'élève à 1/3.

Il n'y a pas de différence significative entre les filles et les garçons à 13 ans, et à 16 ans. Ceci rejoint les conclusions de l'INPES (Institut National pour l'Education par la Santé, Paris) dans son enquête Baromètre Santé 2000 (5) sur des jeunes Français âgés de 15 à 19 ans.

Cependant, on observe entre 1997 et 2000 (6) une évolution importante de la consommation de tabac chez les filles de 16 ans : en effet, la proportion de jeunes fumeuses est passée de 28% en 1997 à 39% en 2000, pendant que celle des garçons du même âge restait relativement stable. Ce résultat est similaire à ceux d'autres enquêtes nationales (INSERM 93, ESPAD 99 (7), HBSC (8), Baromètre Santé 2000).

Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

Figure 2 : Proportion de fumeurs selon le type d'enseignement (1 cigarette par jour)



Comme le montre la figure 2, la consommation de tabac varie selon la filière d'enseignement (mesurée à 16 ans). Dans l'enseignement général, 17% des jeunes fument contre 25% des jeunes suivant l'enseignement technique et 62% des jeunes de l'enseignement professionnel.

La différence reste significative lorsqu'on tient compte de l'âge exact des jeunes à l'intérieur de chaque groupe.

Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

Le contexte de vie exerce également une influence importante : globalement, les jeunes dont l'un des parents fume à la maison sont beaucoup plus nombreux à fumer régulièrement (29%) que les jeunes dont les parents ne fument pas (12%).

D'autre part, les jeunes vivant habituellement au sein d'une cellule familiale classique (avec leurs deux parents) sont moins nombreux à fumer régulièrement² (18%) que les jeunes vivant dans une famille monoparentale (28%) ou recomposée (51%).

La proportion des jeunes fumeurs a augmenté entre 1997 et 2000, et ce principalement chez les filles de 16 ans. Cette proportion varie selon la filière d'enseignement et le milieu familial (parents qui fument, familles recomposées).

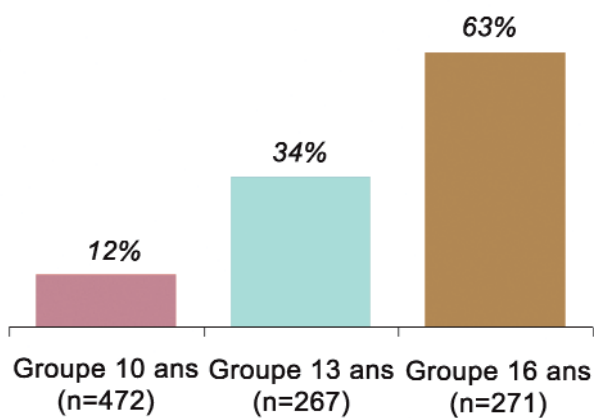
2. Est défini comme "fumeur régulier" celui qui fume au moins une cigarette par jour.

2.2. LA PREMIÈRE CIGARETTE

L'âge de l'essai de la première cigarette est un autre paramètre qui permet de suivre l'évolution de la consommation de tabac chez les jeunes. Plus on commence à fumer jeune, plus vite semble s'installer la dépendance et le risque de devenir fumeur régulier (9).

La littérature rapporte également une association entre l'âge de la première cigarette et une faible qualification professionnelle des parents (9) mais nous n'avons pas observé cette association parmi les élèves hennuyers interrogés. En effet, ni la profession du père, ni celle de la mère, ni la structure du ménage ou le nombre de revenus du travail ne sont associés à un âge précoce (avant 10 ans) de début de consommation du tabac.

Figure 3 : Proportion des jeunes déclarant avoir déjà fumé ou essayé de fumer une cigarette, même 1 ou 2 bouffées, par groupe d'âge



Le nombre de jeunes ayant déjà essayé de fumer une cigarette, même une ou deux bouffées augmente sensiblement avec l'âge (12% pour les jeunes de 10 ans, 34% pour les jeunes de 13 ans et 63% pour les jeunes de 16 ans) mais est semblable chez les filles et les garçons. Cette proportion est cependant moins forte que celle qu'on observe dans des pays économiquement moins favorisés (4).

C'est à l'âge de 14 ans que la moitié des fumeurs du groupe des 16 ans déclare avoir allumé leur première cigarette.

Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

C'est au niveau de l'enseignement professionnel que l'on trouve le plus grand nombre de jeunes ayant essayé de fumer, à savoir 81% contre près de 55% des jeunes suivant l'enseignement général ou technique. Cette relation reste significative lorsque l'on ajuste les résultats sur l'âge (c'est-à-dire lorsqu'on tient compte de l'âge moyen plus élevé des élèves de la filière professionnelle par rapport aux élèves des filières technique et générale).

La curiosité pour le tabac commence dès le plus jeune âge. Si elle ne touche qu'un jeune sur 10 à 10 ans, elle touche 1 jeune sur 3 à 13 ans et 2 sur 3 à 16 ans. L'essai du tabac et l'âge de la première cigarette sont affectés par le statut socio-économique.

2.3. DE L'ESSAI AUX HABITUDES

Parmi les jeunes qui ont déclaré avoir déjà essayé la cigarette, on observe qu'à 10 ans, 6 jeunes sur 10 n'ont pas fumé au cours du mois précédent, à 13 ans, 4 jeunes sur 10, et à 16 ans, seuls 3 jeunes sur 10 sont dans ce cas.

Chez les plus âgés, ce sont principalement des filles qui ont fumé 10 jours ou plus dans le mois écoulé tandis que les garçons semblent fumer plus irrégulièrement.

Le type d'enseignement suivi semble également influencer sur l'âge de début du tabagisme régulier (au moins une cigarette par jour). En effet, dans l'enseignement technique et professionnel, deux fumeurs sur trois déclarent avoir commencé à fumer régulièrement avant l'âge de 14 ans. Cette proportion est de 1 sur deux dans l'enseignement général.

Plus les jeunes grandissent, plus la première cigarette (l'essai du tabac) est associée à un tabagisme régulier. Les filles de 16 ans montrent une propension plus élevée à avoir fumé 10 jours ou plus au cours du dernier mois. Toutes les filières d'enseignement ne sont pas égales devant le tabagisme régulier.

2.4. MAIS COMBIEN EN FUMENT-ILS DONC ?

De manière prévisible, la consommation augmente avec l'âge des élèves. Ainsi, si 21% des jeunes fumeurs de 13 ans fument 10 cigarettes ou plus par jour, ils sont 34% à l'âge de 16 ans.

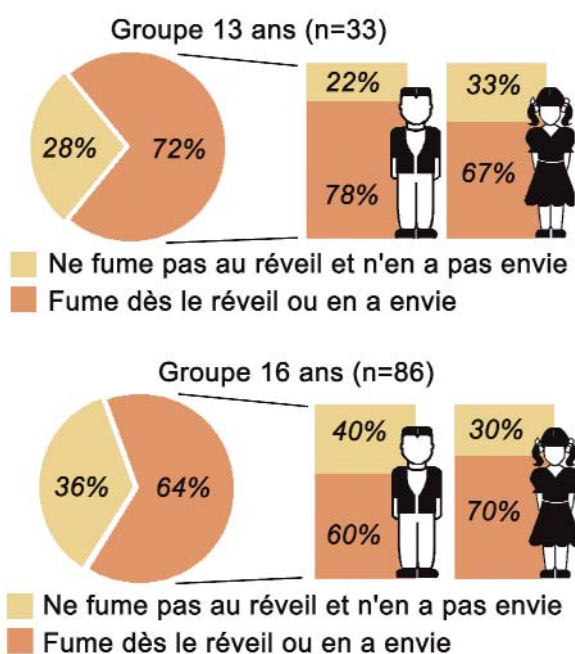
Le niveau de consommation des garçons fumeurs reste pratiquement stable entre 13 et 16 ans (3 garçons sur 10 déclarent consommer 10 cigarettes ou plus par jour). Chez les filles, ce niveau augmente considérablement avec l'âge : à 13 ans seule une fumeuse sur 16 consomme 10 cigarettes et plus par jour alors qu'à 16 ans, elles sont 15 sur 37.

Le niveau de consommation tabagique s'accroît avec l'âge. A 16 ans, un tiers des fumeurs fume déjà un demi-paquet de cigarettes ou plus par jour; la différence observée entre les filles et les garçons n'est pas significative.

2.5. DES JEUNES DÉJÀ "ACCROS" AU TABAC ?

À notre connaissance, les scores utilisés pour mesurer la dépendance au tabac n'ont été validés que pour les adultes, le plus simple étant une combinaison du nombre de cigarettes consommées quotidiennement et du laps de temps écoulé entre le réveil et la première cigarette (10). La proportion de jeunes fumeurs (ou anciens fumeurs) qui fument ou en ont envie dès le réveil est suffisamment élevée pour être mentionnée ici.

Figure 4 : Proportion des jeunes fumeurs réguliers ou occasionnels, ou d'anciens fumeurs fumant dès le réveil ou en ayant envie par groupe d'âge et de sexe



Globalement, que ce soit à 13 ou à 16 ans, chez les filles ou les garçons, près des 2/3 des jeunes fumeurs ou ex-fumeurs déclarent fumer dès le réveil ou du moins en avoir envie.

Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

À nouveau apparaissent ici des différences d'ordre socio-économique : à âge égal, les élèves fumeurs de l'enseignement professionnel montrent plus de propension à fumer le matin que les élèves de l'enseignement technique et général. De même, les enfants vivant au sein d'une famille recomposée déclarent quatre fois plus souvent avoir envie de fumer au réveil que les autres.

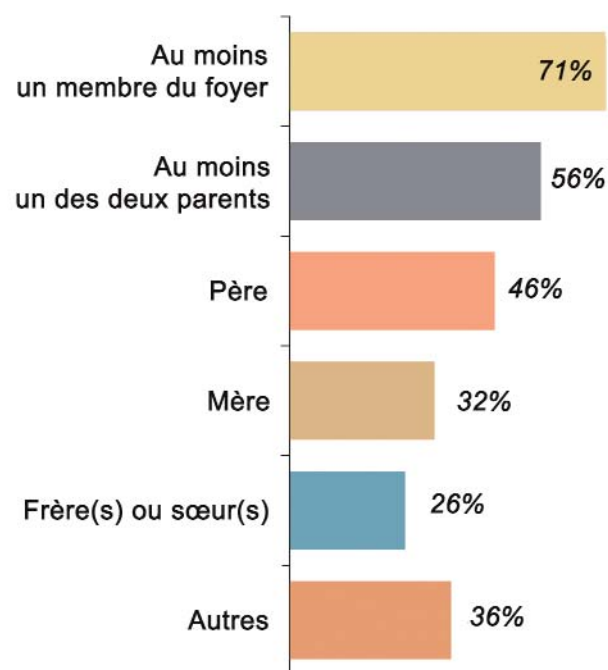
On notera que 2/3 des jeunes qui ont déjà expérimenté le tabac déclarent avoir envie de fumer au réveil qu'ils soient fumeurs ou ne le soient plus, traduisons ainsi peut-être une dépendance "psychologique" ou "sociale" (exposition, modèle). Si l'âge et le sexe ne semblent pas influencer sur l'envie de fumer en se levant, la filière d'enseignement et le type de foyer familial par contre montrent certaines différences significatives.

2.6. LE TABAC DES AUTRES

2.6.1. TABAGISME PASSIF À LA MAISON

Vivre avec des fumeurs expose à deux risques : celui de subir directement la toxicité de la fumée ambiante et celui de devenir soi-même fumeur, par imitation (11).

Figure 5 : Proportion des jeunes exposés actuellement au tabagisme d'un membre de leur famille à la maison (n=492)



Plus de 70% des jeunes déclarent être confrontés à la fumée de tabac chez eux.

46% des jeunes interrogés ont un père qui fume, 32% une mère et 26% un de leurs frères et/ou sœurs.

Il n'y a pas de différence selon le sexe ou l'âge des jeunes.

On peut d'ailleurs noter que la proportion de fumeurs parmi les parents des jeunes interrogés (39%) est assez comparable à celle révélée récemment par l'Enquête nationale de santé pour le Hainaut, si l'on se réfère aux taux de fumeurs dans les classes d'âge 35 à 54 ans (42% chez les hommes et 30% chez les femmes) (12).

Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

Le tabagisme des parents influence considérablement celui de leurs enfants. En effet, 50% des jeunes de 16 ans fument lorsqu'au moins un des deux parents fume contre 21% si aucun ne fume ; à 13 ans, on relève 25% de fumeurs lorsque les deux parents fument contre 10% si seul un des deux parents fume ou si aucun des deux ne fume. Quels que soient l'âge ou le sexe, le tabagisme de la mère se révèle plus prégnant que celui du père. L'influence du tabagisme des frères et sœurs est du même ordre de grandeur que celui des parents.

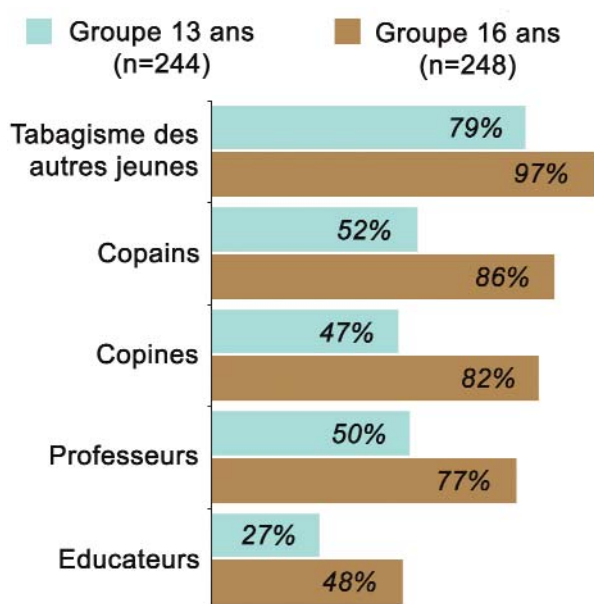
Plus de 2 jeunes sur 3 sont soumis au tabagisme passif à la maison. Les jeunes ont beaucoup plus de risque de devenir eux-mêmes fumeurs. Un quart des jeunes dont les deux parents sont fumeurs, consomme déjà régulièrement du tabac à 13 ans.

2.6.2. TABAGISME PASSIF À L'ÉCOLE

La présence visible de fumeurs à l'école pose un problème un peu différent : au-delà de la toxicité liée à l'exposition à la fumée (qu'il ne faudrait pas minimiser), c'est surtout la valeur symbolique qui est en jeu et l'adhésion à un comportement social dominant qui importe.

Pour les jeunes, fumer à l'école peut être un signe de non-conformisme par rapport à l'adulte et au contraire, de conformité par rapport au groupe (13), ce qui est finalement un double avantage à leurs yeux.

Figure 6 : Proportion des jeunes exposés actuellement au tabagisme de différents types d'acteurs de l'école, par groupe d'âge



L'exposition au tabac à l'école est fréquente. En effet, plus de 60% des jeunes (de 13 et 16 ans confondus) déclarent qu'au moins un de leurs professeurs, copains ou copines proches y fume.

Globalement, près de 9 jeunes sur 10 connaissent au moins un élève qui fume dans leur école. Dans le secondaire supérieur, plus de 95% des élèves côtoient des fumeurs à l'école ; 86% dans le secondaire inférieur et déjà 37% dans le primaire. Les plus âgés rapportent également plus souvent avoir vu un de leurs professeurs fumer à l'école : 79% chez les 16 ans contre 56% chez les 13 ans. Il n'y a par contre, et c'est logique, aucune différence entre les filles et les garçons. Il n'a pas été possible de tester l'association entre tabagisme passif à l'école et tabagisme actif des jeunes faute d'effectifs dans le camp des jeunes qui ne rencontrent pas de tabagisme à l'école !

Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

La littérature rapporte également une forte association entre avoir un de ses meilleurs amis qui fume et le fait d'être soi-même fumeur. Cette association n'a pas pu être testée ici (13).

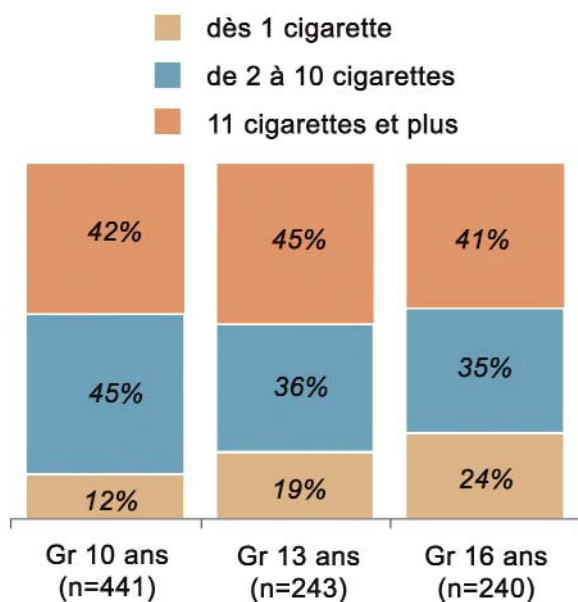
Le même article établit également un lien entre le fait de fumer à l'école pour un jeune et un relatif manque d'estime de soi ou de capacité à faire face lui-même au stress.

A l'école, une toute grande majorité des jeunes est confrontée au tabagisme passif et à l'exemple d'adultes fumeurs.

2.7. LA CIGARETTE : CE QU'ON EN SAIT, CE QU'ON EN DIT

C'est presque à l'unanimité (95%) que les jeunes pensent et savent que le tabac est nuisible pour la santé, et ce, quel que soit leur groupe d'âge, leur sexe, le type d'enseignement suivi et leur statut tabagique. Toutefois, ils ne s'accordent pas vraiment sur le nombre de cigarettes quotidiennes à partir duquel les effets du tabac deviennent "dangereux pour la santé".

Figure 7 : Perception du seuil de dangerosité de la cigarette par groupe d'âge



Les avis sur le nombre seuil de cigarettes (par jour) à partir duquel il est dangereux de fumer sont très partagés. La question posée ne permettait toutefois pas de faire la distinction entre la perception de la toxicité et celle du risque de dépendance.

Les jeunes de 13 et 16 ans paraissent un peu plus informés que les jeunes de 10 ans qui ne sont que 12% à situer ce seuil à une cigarette par jour.

On n'observe pas de différence entre les filles et les garçons. Il est donc probable qu'une grande proportion de jeunes ne savent pas qu'ils risquent de devenir dépendants du tabac avec un nombre très faible de cigarettes (2).

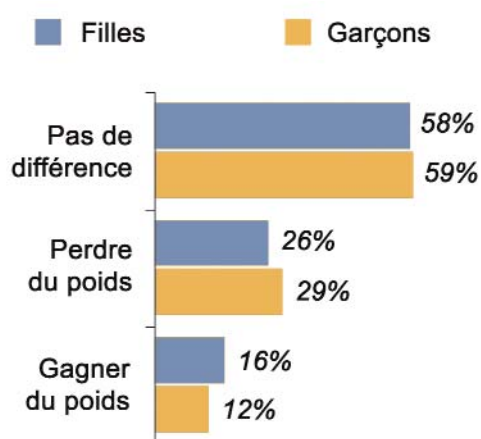
Enfin, il est intéressant de souligner que près d'un jeune sur quatre fixe le seuil de dangerosité du tabac à plus d'un paquet de cigarettes par jour et ce, indépendamment de son statut tabagique !

Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

Les jeunes interrogés et plus particulièrement ceux de l'enseignement primaire semblent beaucoup moins connaître les dangers du tabac qu'on ne le croit habituellement.

Par ailleurs, différentes études ont montré que le tabac est perçu parfois comme un moyen de maintenir ou de diminuer son poids, surtout chez les jeunes. Une enquête québécoise récente [(14), (15)] a montré que 8% des filles et 2% des garçons du secondaire qui fument, ont commencé à fumer pour maintenir ou perdre du poids. L'enquête nationale de santé belge montre en 2001 que 6% des jeunes de 15 à 24 ans qui souhaitent maigrir utilisent entre autres le tabac pour y parvenir sans que ce choix soit lié à leur corpulence (12).

Figure 8 : Perception de l'influence du tabac sur le poids par sexe (n=981)



Même si la majorité des jeunes de notre enquête pense que fumer n'influence pas le poids, ils sont 25% à penser que fumer fait perdre du poids.

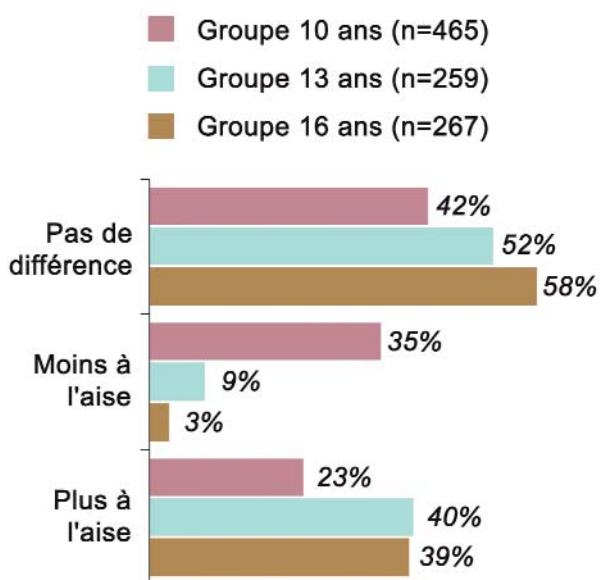
On ne note pas de différence significative entre l'avis des garçons et des filles ou entre les plus jeunes et les plus âgés sur cette question.

Source : O.S.H., Enquête jeunes cssv 2000-2001

Signalons que les non-fumeurs sont plus nombreux à penser que fumer fait prendre du poids (12% contre 3% des fumeurs).

L'image du fumeur décontracté, véhiculé dans certains médias, a-t-elle une influence sur la perception de l'aisance en public que peut offrir la cigarette ?

Figure 9 : Perception de l'effet du tabac sur l'aisance en public par groupe d'âge



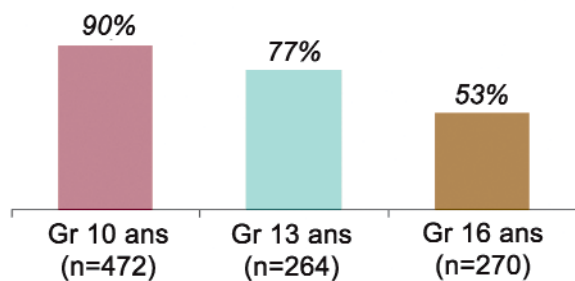
Près d'un jeune sur trois pense que fumer contribue à mettre les gens plus à l'aise socialement. Les jeunes de 10 ans (35%) pensent davantage que fumer rend moins à l'aise. Plus tard, ce sentiment devient beaucoup moins fréquent (9% à 13 ans, 3% à 16 ans). Globalement, les garçons trouvent plus souvent que fumer rend plus à l'aise dans un groupe.

Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

Les fumeurs sont à peine plus nombreux à penser que fumer rend plus à l'aise à savoir 42% contre 38% des non-fumeurs.

Les règles relatives à l'usage du tabac varient encore d'un établissement scolaire à l'autre. Depuis quelques années, l'interdiction de fumer s'est progressivement étendue à toute une série de lieux : lieux de travail, restaurants, avions, trains, etc. Qu'en pensent les jeunes ?

Figure 10 : Proportion de jeunes favorables à l'interdiction de fumer dans les lieux publics par groupe d'âge

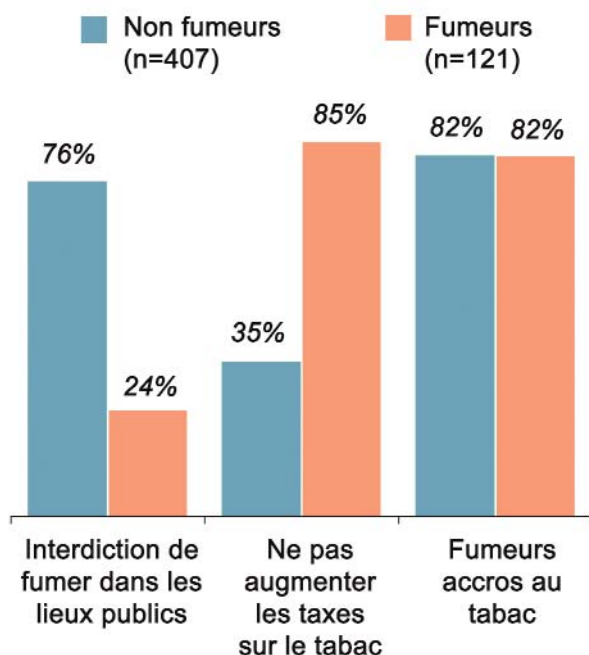


Les enfants de 10 ans sont très souvent favorables à l'interdiction de fumer dans les lieux publics (90%), tandis que les jeunes de 16 ans ne le sont que dans un cas sur deux.

Cette diversité d'opinions est en partie liée au statut tabagique des jeunes, plus nombreux à fumer à 16 ans. En effet, comme attendu, seuls 24% des jeunes fumeurs approuvent l'interdiction de fumer dans les lieux publics ; cette proportion dépassant les 75% pour les non-fumeurs (figure 11).

Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

Figure 11 : Opinions des jeunes de 13 ans et 16 ans sur le tabac selon leur statut tabagique



85% des fumeurs sont opposés à l'augmentation des taxes sur le tabac contre 35% des non-fumeurs.

Par ailleurs, tant à 13 ans qu'à 16 ans, plus de 75% des jeunes interrogés, fumeurs ou non-fumeurs, pensent que les fumeurs sont accros au tabac comme à une drogue.

Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

Une autre question montre qu'à peine un jeune sur deux déclare que le tabac est une drogue (voir figure 12, page 58). Cette différence est sans doute à mettre en relation avec la non-pénalisation de la consommation, de l'achat et de la vente de ce produit, même aux moins de 16 ans. Notons à ce propos qu'un projet de loi du ministre de la santé de la Communauté française relatif à l'interdiction de la vente de tabac aux moins de 16 ans est à l'étude depuis 2003.

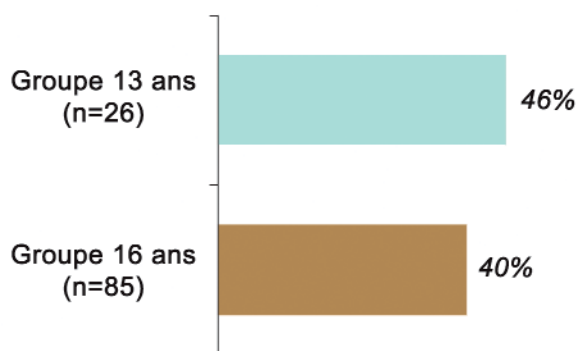
2.8. LES JEUNES VEULENT-ILS ARRÊTER DE FUMER ?

Jusqu'ici, la plupart des programmes d'éducation ou de promotion de la santé relatifs au tabac chez les jeunes avaient des objectifs de prévention primaire : diminuer le nombre de jeunes qui commencent à fumer et retarder l'âge de la première cigarette.

Aujourd'hui, les écoles et les associations de jeunes sont de plus en plus demandeuses d'appui à l'arrêt du tabac. Promouvoir l'association entre l'image d'un comportement adulte et l'arrêt du tabac permettrait peut-être de contrebalancer certaines stratégies publicitaires de l'industrie du tabac qui tendent à faire l'inverse.

La proportion de jeunes désireux d'arrêter de fumer est relativement élevée (figure 12). L'étude GYTS menée par l'OMS dans différents pays montre que 40 à 80% des jeunes de 13 à 15 ans souhaitent arrêter de fumer et que la toute grande majorité d'entre eux a déjà essayé (4).

Figure 12 : Proportion des jeunes fumeurs déclarant vouloir arrêter de fumer maintenant, par groupe d'âge



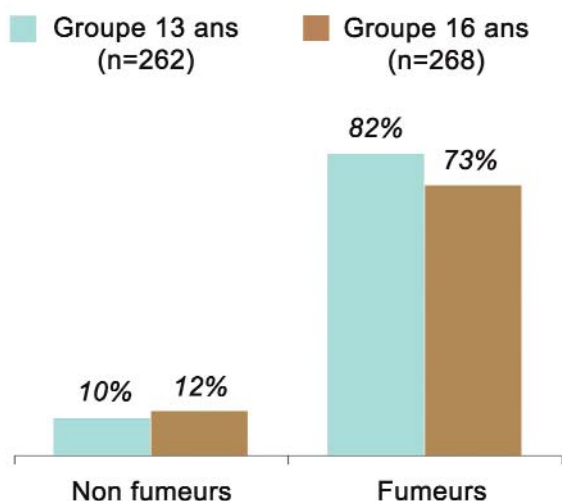
Parmi les fumeurs³ de 13 ans, 46% déclarent vouloir cesser de fumer, et parmi ceux de 16 ans, ils sont 40%.

Il n'y a de différence ni entre les filles et les garçons, ni selon le type d'enseignement ou la présence ou non de fumeurs à la maison.

S'ils sont globalement 41% (fumeurs de 13 et 16 ans confondus) à souhaiter arrêter de fumer, ils sont 76% à penser qu'ils fumeront toujours dans 5 ans.

Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

Figure 13 : Proportion des jeunes qui pensent fumer dans 5 ans par groupe d'âge et statut tabagique



La proportion de jeunes qui pensent fumer dans 5 ans est naturellement influencée par leur statut tabagique. En effet, les fumeurs déclarent penser continuer à fumer à l'avenir dans 82% des cas parmi les jeunes de 13 ans et 73% des cas parmi les jeunes de 16 ans.

Parmi les non-fumeurs de 13 et 16 ans, environ 10% pensent qu'à l'issue de 5 années, ils seront devenus fumeurs.

Parmi les jeunes fumeurs qui disent souhaiter dès maintenant arrêter de fumer, 50% pensent cependant qu'ils fumeront toujours dans 5 ans ; de là à déduire que 50% des jeunes pensent qu'ils ne parviendront pas à s'arrêter de fumer, il n'y a qu'un pas.

Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

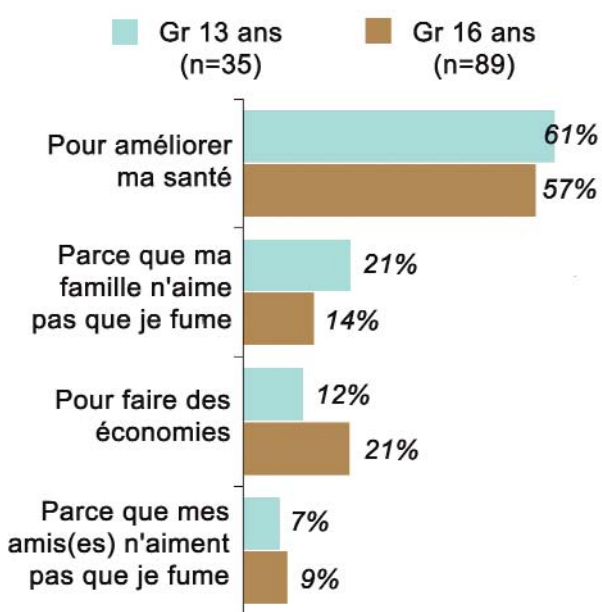
3. Est défini "fumeur régulier" au sens de l'OMS celui qui fume au moins une cigarette par jour.

Avoir des parents qui fument n'influence pas les jeunes à penser qu'ils fumeront eux-mêmes dans 5 ans, quel que soit leur propre statut tabagique. Par contre, les jeunes non-fumeurs dont l'un des copains proches fume à l'école sont plus nombreux à envisager de fumer, à savoir 14% contre 5% des jeunes dont aucun copain proche ne fume.

Notons que 83% des jeunes pensent qu'il est difficile d'arrêter de fumer ; cette proportion est significativement plus élevée chez les élèves de l'enseignement primaire que chez ceux de l'enseignement secondaire.

Chez ces derniers, la perception de cette difficulté ne semble pas liée à leur désir présent d'arrêter de fumer ni même à la projection de leur statut de fumeur dans 5 ans.

Figure 14 : Raisons d'arrêt du tabagisme par groupe d'âge



D'après leurs déclarations, leur motivation principale serait l'amélioration de leur santé. Dans 21% des cas, les jeunes de 13 ans soulignent la pression familiale et les jeunes de 16 ans l'économie financière. Notons que ce sont les jeunes de 16 ans qui consacrent un budget important au tabac.

Il est intéressant de remarquer qu'une plus grande proportion de jeunes de l'enseignement professionnel déclare arrêter le tabac pour améliorer leur santé (65%), alors que cette raison n'est invoquée que par 1 élève sur 2 de l'enseignement technique ou général. On peut éventuellement attribuer cette différence à une plus grande maturité des élèves suivant un enseignement professionnel, au sens d'une plus grande sensibilité aux préoccupations du "monde des adultes", à savoir la santé.

En effet, selon le CRIOC la motivation pour arrêter de fumer la plus fréquemment évoquée par les adultes fumeurs ou ex-fumeurs est la santé (16).

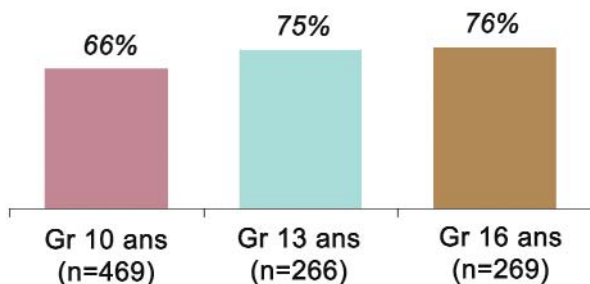
Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

Pas moins de 4 jeunes fumeurs sur 10 souhaitent arrêter de fumer. Seul 1 de ces jeunes sur 2 est convaincu d'y arriver ou du moins se projette dans l'avenir comme non-fumeur. Les jeunes dans les filières professionnelles sont plus nombreux à invoquer la santé comme raison d'arrêter que dans les filières technique et générale.

2.9 LES JEUNES SONT-ILS SUFFISAMMENT INFORMÉS DES RISQUES QU'ILS ENCOURENT ?

Si l'information ne suffit pas à éviter le début de la consommation du tabac ou à l'arrêter, elle est toutefois indispensable. Cette information relève à la fois de la responsabilité de la famille, des éducateurs au sens large et des professionnels de la santé.

Figure 15 : Proportion des jeunes informés au sein de leur famille des effets nocifs du tabagisme par groupe d'âge

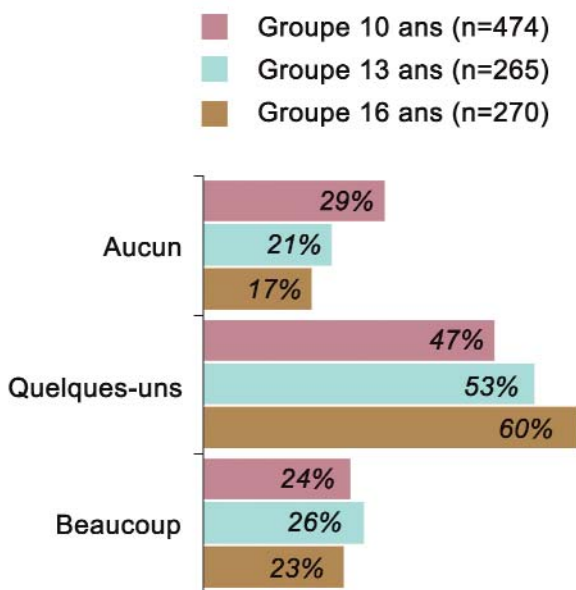


Dans l'ensemble de l'échantillon, 30% des jeunes déclarent n'avoir jamais reçu d'informations sur les effets nocifs du tabagisme au sein de leur environnement familial ; cette proportion atteint 34% chez les 10 ans.

Il n'y a cependant pas de relation particulière entre le fait de ne pas avoir été informé dans le cadre familial des effets nocifs du tabac et le fait d'avoir déjà essayé de fumer dans le groupe des 10 ans.

Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

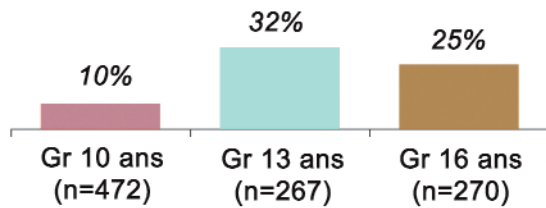
Figure 16 : Estimation du nombre de messages anti-tabac véhiculés par les médias et perçus par les jeunes au cours du dernier mois par groupe d'âge



Au moins 3 jeunes sur 4 déclarent avoir reçu des messages contre le tabagisme via les médias (par de nombreux messages dans 24% des cas et par quelques-uns dans 52% des cas). Les enfants de 10 ans déclarent n'avoir perçu aucun message dans les médias dans près de 30% des cas.

Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

Figure 17 : Proportion de jeunes ayant abordé le tabagisme en classe durant l'année scolaire en cours ou précédente par groupe d'âge

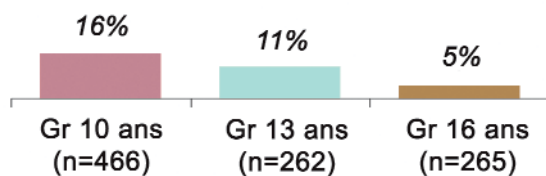


Globalement, seuls 20% des jeunes se souviennent d'avoir abordé le sujet du tabagisme à l'école durant l'année en cours ou la précédente.

Chez les jeunes de 10 ans, le chiffre est particulièrement éloquent puisque seulement 10% d'entre eux se souviennent d'avoir reçu une information sur le tabac à l'école.

Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

Figure 18 : Proportion de jeunes n'ayant été touchés par aucune de ces trois sources d'information (famille-média-école) en prévention du tabagisme par groupe d'âge



Globalement, ce sont 16% des jeunes de 10 ans, 11% des 13 ans et 5% des 16 ans qui ne se souviennent pas d'avoir été touchés dans l'année écoulée par le moindre message d'information sur les effets du tabac provenant de leur famille, de l'école, et même des médias.

Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

3. DE CES CONSTATS ON RETIENDRA

Le tabagisme est un phénomène important par sa fréquence (un jeune sur trois à l'âge de 16 ans), l'âge de la première cigarette (25% à l'âge de 12 ans ou plus tôt) et la quantité fumée (près d'un jeune sur trois de 16 ans fume plus de 10 cigarettes par jour). Le tabagisme passif, dont les effets néfastes sur la santé et le rôle d'incitateur sont connus, est extrêmement fréquent tant dans le cadre scolaire que familial.

En ce qui concerne les facteurs associés au tabagisme, signalons que les filles fument autant que les garçons voire davantage (39% contre 30% des garçons du groupe des 16 ans). Le type d'enseignement, et plus particulièrement la filière professionnelle, et l'exposition au tabagisme passif, notamment au sein de la famille, sont associés à une proportion des fumeurs plus élevées.

Enfin, même si les médias et l'école abordent assez souvent la problématique du tabac, il semble y avoir toujours une frange importante de jeunes de l'âge de 10 ans qui reste peu sensibilisée et reçoit peu de messages sur les dangers de la consommation du tabac.

4. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) CRIOC, (sous la direction de). La vente de cigarettes baisse, mais la consommation reste au même niveau - Communiqué de presse. 1-4. 2002. Bruxelles.
- (2) DiFranza JR, Savageau J, Rigotti N, Fletcher K, Ockene J, McNeill A. Development of symptoms of tobacco dependence in youths : 30 month follow up data from the DANDY study. *Tobacco Control* 2002 ; 11 : 228-235.
- (3) OMS (sous la direction de). L'évaluation et le suivi des actions publiques contre le tabagisme - Europe sans tabac 3 - Définition du fumeur et du non-fumeur. OMS, 2001.
- (4) Warren C, Riley L, Asma S, Eriksen M, Green L, Blanton C et al. Tobacco use by youth : a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey project. *Bulletin of the World Health Organization* 2000 ; 78 (7) : 868-876.
- (5) Guilbert P, Baudier F, Gautier A, Kouchner B. Baromètre santé 2000 - Résultats - Volume 2. Vanves: CFES, 2001.
- (6) Godin I, Levêque A, Berghmans L. Tableau de bord de la santé des jeunes. Province de Hainaut, Observatoire de la Santé du Hainaut, 2, 1-85. 1998. Havré.
- (7) Choquet M, Ledoux S, Hassler C, Beck F, Peretti-Watel P. Consommations de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés : premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999 - évolution 1993-1999. *Tendances [N°6 - Février 2000]*, 1-7. 2000.
- (8) Godeau E, Dressen C, Navarro FJ, Mouret G, Jeunier B, Royal S et al. Les années Collège. Vanves : CFES, 2001.
- (9) Gilman SE, Abrams DB, Buka SL. Socioeconomic status over the life course and stages of cigarette use : initiation, regular use, and cessation. *J of Epidemiology and Community Health* 2003 ; 57 (10) : 802-808.
- (10) Heatherton T, Kozlowski T, Frecker R, Rickert W, Robinson J. Measuring the Heaviness of Smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *British Journal of Addiction* 1989 ; 84 : 791-800.
- (11) Nelson R. Smoking outside still causes second-hand smoke exposure to children. *The Lancet* 2002 ; 359 (May 11) : 1675.
- (12) Van Oyen H, Tafforeau J, Van Der Heyden J, Demarest S et al. Enquête de Santé par Interview Belgique 2001. ISP, editor. *Epi Reports N° 2002/2505/39*, 1-500. 2002. Bruxelles.
- (13) Snow PC, Bruce D. Cigarette smoking in teenage girls : exploring the role of peer reputations, self-concept and coping. *Health Education Research* 2003 ; 18 (4) : 439-452.
- (14) Loiselle J. Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 1998. Institut de la statistique du Québec, Collection la santé et le bien-être. 1-105. 1999.
- (15) Loiselle J. Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000. Institut de la statistique du Québec, Collection la santé et le bien-être, Volume 1, 1-123. 2001.
- (16) Joossens L. CRIOC. Farde de documentation Tabac - Edition 2002. Bruxelles : CRIOC, 2003.

Chapitre IV

LES DROGUES : OÙ EN EST-ON ?

1. Introduction

2. Résultats

3. De ces constats on retiendra

4. Références bibliographiques

1. INTRODUCTION

Depuis quelques années, on assiste à une augmentation de la consommation de drogues licites ou non (1).

Les médias et études nous rapportent une consommation de plus en plus précoce de cannabis, qui devient plus souvent régulière. Le rapport Eurotox 2002 (2) reflète une constante augmentation de l'usage répété du cannabis dans la population scolaire tandis que la consommation d'ecstasy semble plus stable dans le temps.

Cette augmentation de la consommation va de pair avec une augmentation des saisies de drogues par la police (1) surtout en ce qui concerne la cocaïne, l'ecstasy et les amphétamines.

Si la consommation de cannabis est associée à un moment de plaisir, de partage, par 3/4 des jeunes consommateurs et est parfois respectée comme une nouvelle norme sociale dans les groupes de jeunes (10) d'autres évoquent plutôt la détresse, la solitude, pour expliquer leur consommation.

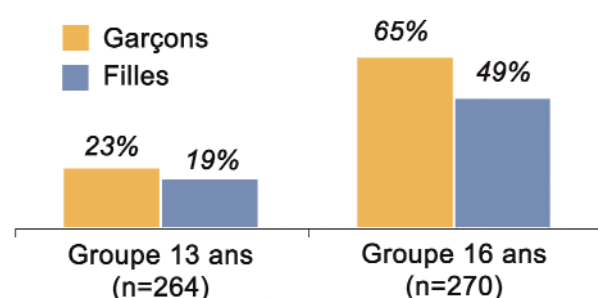
La nouvelle loi, qui autorise "la détention, par un majeur, d'une quantité de cannabis à des fins d'usage personnel, qui n'est pas accompagné de nuisances publiques ou d'usage problématique" (3) a semé un certain trouble dans les esprits. D'une part, elle a engendré une confusion quant au public visé : cette loi ne concerne que les consommateurs ayant atteint la majorité. D'autre part, dépénalisation ne signifie pas non plus encouragement à consommer.

2. RÉSULTATS

2.1. QUI SONT LES JEUNES LES PLUS EXPOSÉS ?

Pour consommer un produit, il faut pouvoir se le procurer. Si les jeunes font rarement le premier pas en ce sens, nombreux sont ceux vers lesquels une démarche incitative est entreprise.

Figure 1 : Proportion des jeunes à qui du cannabis ou d'autres drogues (cocaïne, ecstasy, crack,...) ont été proposés, par sexe et par groupe d'âge



Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

À l'âge de 13 ans, 1 jeune sur 5 s'est déjà vu proposer du cannabis ou d'autres drogues. Ce chiffre passe à 3 jeunes sur 5 chez les 16 ans. Les garçons se déclarent plus fréquemment sollicités que les filles, surtout chez les plus âgés. Le rapport BNRD 2003 (Belgian National Report on Drugs) (1) confirme que l'utilisation des drogues est globalement plus élevée chez les garçons que chez les filles.

À 16 ans, la proposition de cannabis est plus fréquente dans l'enseignement professionnel: 69% des jeunes suivant cet enseignement sont concernés contre respectivement 56% et 52% dans l'enseignement technique et général. Cette différence semble pourtant principalement due au fait que, dans cette filière, les jeunes sont en moyenne un peu plus âgés (au sein du groupe des jeunes de 15, 16 et 17 ans, la moyenne d'âge des élèves de la filière professionnelle est légèrement plus élevée que celle des élèves de l'enseignement général et technique).

Figure 2 : Proportion de jeunes à qui on a déjà proposé des drogues autres que du cannabis par groupe d'âge et par sexe

T'a-t-on déjà proposé d'autres drogues que le cannabis ?						
	Garçons		Filles		Total	
	n	%	n	%	n	%
Groupe 13 ans	13	9	14	11	27	10
Groupe 16 ans	42	25	20	20	62	23

Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

En ce qui concerne les drogues autres que le cannabis, dans le groupe des 13 ans, un jeune sur dix s'en est déjà vu proposer (cocaïne, ecstasy ou

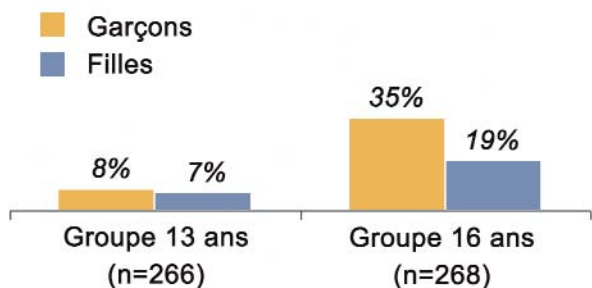
autres drogues sous différentes formes,...). Cette proportion passe à 23% pour le groupe des 16 ans, ce qui représente près d'un jeune sur 4.

Le cannabis est la drogue à laquelle les jeunes sont le plus exposés. Près de 60% des jeunes de 16 ans déclarent qu'on leur en a déjà proposé.

2.2. DE LA SOLLICITATION À L'EXPÉRIMENTATION DE CANNABIS

S'être vu proposer de la drogue n'entraîne pas forcément consommation de celle-ci.

Figure 3 : Proportion de jeunes ayant déjà pris du cannabis par groupe d'âge et par sexe



A l'âge de 16 ans, près d'un jeune sur trois, et deux fois plus de garçons que de filles, déclarent avoir déjà consommé du cannabis. A 13 ans, la proportion de jeunes déclarant avoir déjà consommé du cannabis s'élève à 8%. A cet âge, on ne note pas de différence entre les filles et les garçons. Notons également que l'âge moyen de la première expérience de consommation de cannabis dans le groupe des 16 ans est à peu près identique pour les garçons et les filles : il oscille autour de 14 ans.

Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

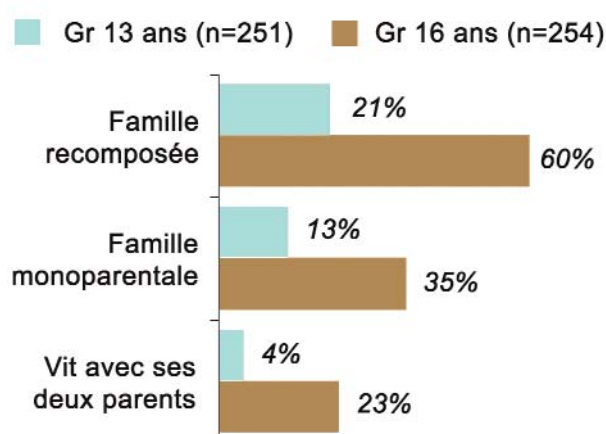
L'enquête Sentinelles réalisée à Charleroi dans le cadre de consultations spécifiques relatives au problème de la drogue montre une diminution lente mais constante de l'âge de la première consommation de cannabis (4), âge mesuré à l'occasion de consultations pour un problème lié à la consommation de drogues : de 16,2 ans en 1995, il descend à 15,5 ans en 2001.

En comparaison avec les chiffres de 1997 (4), la proportion de jeunes de 16 ans ayant déjà consommé du cannabis a quasiment doublé : elle passe de 16 à 29%. L'enquête HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) (6) présente des résultats similaires pour le reste de la Communauté française, la consommation de cannabis à 16 ans passe de 15% en 1994 à 26% en 1998. La consommation des jeunes flamands de 16 ans augmente par contre un peu moins : de 15% en 1994, elle passe à 20% en 1998.

C'est au sein de la filière professionnelle que l'on rencontre les plus fortes proportions de jeunes ayant déjà consommé du cannabis : 4 élèves sur 10 y déclarent avoir déjà consommé du cannabis pour 3 élèves de l'enseignement technique et 2 de l'enseignement général. Le petit nombre de consommateurs ayant répondu à l'enquête ne permet cependant pas de conclure à une association statistiquement significative entre la consommation de cannabis et la filière d'enseignement lorsqu'on tient compte d'une moyenne d'âge légèrement plus élevée chez les élèves de la filière professionnelle au sein du groupe des 16 ans.

Nous avons également cherché à savoir s'il existe une relation entre l'essai du cannabis et les conditions de vie socio-économiques des élèves et notamment le type de foyer familial.

Figure 4 : Proportion des jeunes ayant déjà consommé du cannabis selon leur structure familiale



Les jeunes vivant avec ses deux parents sont moins nombreux à déclarer avoir expérimenté le cannabis : 14% contre 24% des jeunes vivant dans une famille monoparentale et 39% des jeunes vivant dans des familles recomposées. Ce constat est particulièrement important à 16 ans : 60% des jeunes de 16 ans vivant dans une famille recomposée déclarent avoir déjà consommé du cannabis¹. Par ailleurs, les jeunes dont les deux parents travaillent semblent consommer plus fréquemment du cannabis que ceux des familles dont aucun des parents ne travaille (relation à la limite de la signification statistique, $p=0.051$).

Par contre, lorsqu'on s'intéresse au type de métier des parents, qui est un reflet indirect de leur niveau de scolarité et de revenus, on ne note aucune différence et ce, tant pour le métier du père que celui de la mère.

Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

1. L'intérêt de cette distinction n'est bien sûr pas de stigmatiser les jeunes qui vivent la situation d'une famille recomposée mais de soutenir les initiatives visant à renforcer la cohérence des différents foyers dans lesquels le jeune grandit.

L'association à d'autres comportements de type assuétudes est prégnante : on constate, en effet, que les jeunes qui boivent régulièrement de l'alcool (chaque semaine) sont plus nombreux (36%) à avoir consommé du cannabis que ceux qui en boivent plus rarement (12%). Il en est de même pour les fumeurs de cet échantillon. En effet, 50% d'entre eux ont déjà consommé du cannabis contre seulement 9% des non-fumeurs.

La consommation de drogues autres que le cannabis apparaît, à ce jour, moins développée. Ainsi, à la question "As-tu déjà consommé d'autres drogues ?", seulement 4% des jeunes du groupe des 13 ans et 6% des jeunes du groupe des 16 ans répondent par l'affirmative, ce qui correspond à nouveau au même ordre de grandeur des valeurs observées par l'enquête HBSC (6).

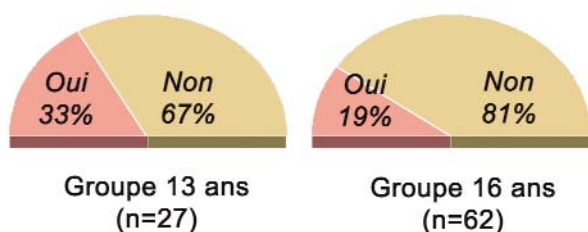
Le rapport national sur les drogues montre de manière générale et à tout âge une augmentation de la consommation de produits multiples (2).

Près d'un tiers des jeunes de 16 ans a déjà consommé du cannabis. À 16 ans, les garçons sont plus nombreux à en consommer que les filles. Le type de famille (les deux parents qui travaillent, familles recomposées) a également une influence mais pas les variables qui reflètent indirectement le niveau socio-économique dont la profession des parents.

Enfin, la consommation de cannabis est fortement associée à la consommation d'autres produits comme l'alcool et le tabac.

2.3. DU CANNABIS AUX AUTRES DROGUES

Figure 5 : Proportion de jeunes ayant consommé des drogues autres que le cannabis parmi ceux à qui il en a été proposé



Lorsque l'on étudie la relation entre consommation de drogues et sollicitations auxquelles les jeunes sont soumis, on remarque qu'à 13 ans près d'un jeune sur trois, à qui on a proposé une drogue autre que le cannabis, déclare en avoir déjà consommé. Cette proportion diminue chez les 16 ans, puisqu'elle ne concerne plus qu'un jeune sur cinq. Cette différence pourrait refléter le caractère influençable des plus jeunes ou un effet induit par le questionnement.

Il y a une relation entre la consommation de cannabis et celle d'autres drogues : les jeunes ayant déjà consommé des drogues autres que le cannabis ont déjà consommé du cannabis dans plus de 96% des cas. Il faut toutefois noter que seuls 27% des consommateurs de cannabis ont déjà testé d'autres produits illicites.

Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

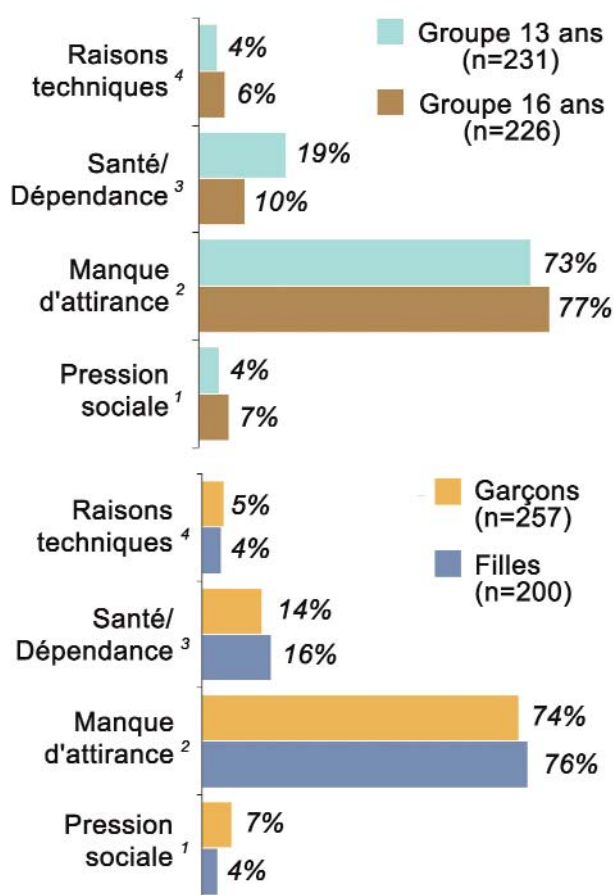
De même que pour le cannabis, les fumeurs et les consommateurs réguliers d'alcool sont plus nombreux à consommer d'autres drogues (respectivement 18% contre 1% des non-fumeurs et 10% contre 3% des consommateurs irréguliers ou non-consommateurs d'alcool).

Consommer du cannabis semble aller de pair avec ou précéder la consommation de drogues plus dures, dans la plupart des cas. Cependant, trois quarts des consommateurs de cannabis n'ont jamais pris d'autres drogues.

2.4. CONSOMMER OU NON DU CANNABIS : POURQUOI ?

92% des jeunes de 13 ans et 61% des 16 ans déclarent n'avoir jamais consommé du cannabis. Les raisons de non-consommation varient peu en fonction de l'âge et du sexe.

Figure 6 : Raison de non-consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois par groupe d'âge ou par sexe



Les raisons évoquées dans 75% des cas, et ce tant à 13 ans qu'à 16 ans et aussi bien par les filles que les garçons, ont trait au manque d'attraction et à l'absence de besoin : 59% n'en ressentent pas le besoin ou l'attrait, 13% n'aiment pas les drogues et 3% n'aiment pas la fumée.

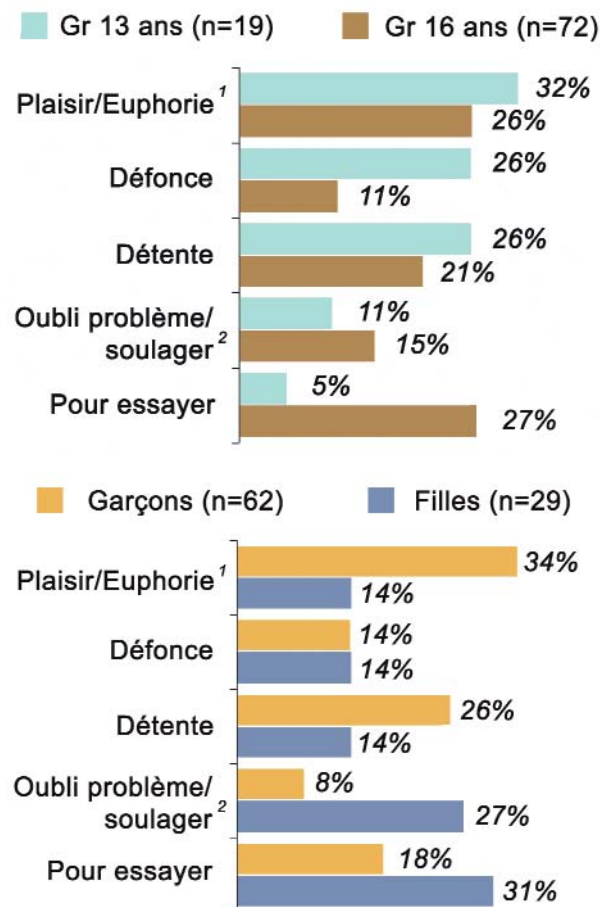
En second lieu viennent les aspects liés à la santé : 13% des jeunes ont peur pour leur santé et 2% ont peur de la dépendance. Les jeunes de 13 ans sont cependant plus nombreux que ceux de 16 ans à évoquer ces aspects santé/dépendance : 19% contre 11%.

Par contre, chez les jeunes ayant déjà expérimenté le cannabis les motifs de consommation varient plus en fonction de l'âge et du sexe.

Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

1. Pression sociale regroupe les items : me faire prendre, ne se fait pas dans mon milieu, à cause des autres.
2. Manque d'attraction regroupe les items : pas d'attraction, pas besoin, n'aime pas la fumée, n'aime pas les drogues.
3. Santé/dépendance (appréhensions) regroupe les items : peur pour sa santé, peur de la dépendance.
4. Raisons techniques (ou pratiques) regroupent les items : problème pour trouver du cannabis, trop cher, pas de circonstances favorables.

Figure 7 : Raison de consommation de cannabis par groupe d'âge ou par sexe



La question portait sur la dernière consommation de cannabis. Les jeunes disent d'abord avoir recherché du plaisir ou de l'euphorie dans 27% des cas (plaisir pour 20%, harmonie avec les autres pour 5%, et convivialité comme euphorie pour 1%). La détente et l'essai pur et simple ont été mentionnés dans 22% des cas chacun.

La recherche du plaisir, de la détente est davantage évoquée par les garçons que par les filles.

Le motif "défonce", associé à un ressenti plutôt négatif, semble quant à lui plus fréquent à 13 ans mais le petit nombre d'effectifs ne permet pas de conclure à une association significative.

Parmi les garçons, 8% citent comme principale motivation l'oubli de problèmes, le souhait d'être soulagé. Cette proportion atteint 27% chez les filles, ce qui est assez interpellant.

La curiosité pure et simple est plus élevée à 16 ans et chez les filles, ce qui s'expliquerait en partie par le fait que les filles commencent généralement plus tardivement à goûter au cannabis et en consomment de manière plus irrégulière comme le rapporte l'enquête menée à Charleroi et Liège dans le cadre du G.E.E.R.M.M. (Groupe Européen d'Echange Rhin - Meuse Moselle) et réalisée par la cellule recherche et concertation de Charleroi sur la population scolaire de 16 ans (5^{ème} secondaire). (7)

Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

1. Plaisir/Euphorie: regroupement des items plaisir, harmonie avec les autres, convivialité et euphorie.

2. Oubli problème/soulager : regroupement des items oubli problème, soulager douleur.

Dans 90% des cas, c'est le manque d'attrance pour le cannabis et la peur de ses conséquences sur la santé qui expliquent pourquoi les jeunes n'en consomment pas.

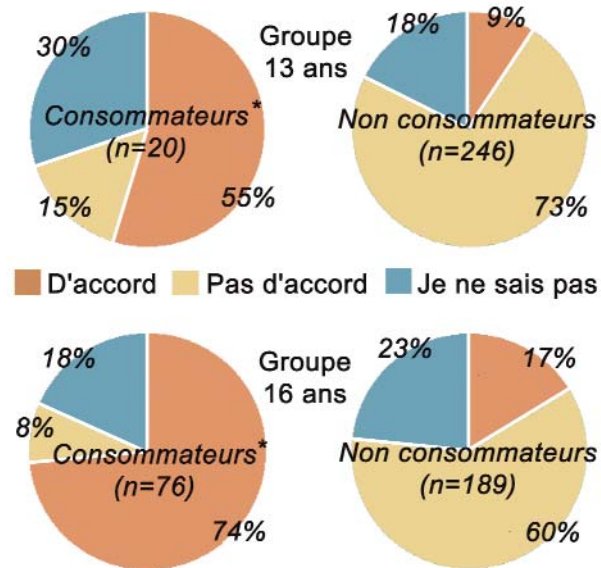
Ceux qui en consomment évoquent deux principaux motifs pour expliquer leur comportement : 75% d'entre eux sont passés à l'acte par recherche du plaisir ou simplement par curiosité, les autres (25%) l'ont fait dans un but moins "positif", à savoir sortir de leurs difficultés quotidiennes.

2.5. OPINIONS, RÉGLEMENTATION ET CANNABIS

Le cannabis est plus souvent associé à des notions de plaisir que de dépendance (7). Faut-il pour autant en autoriser sans limites la consommation ? Qu'en pensent les jeunes ?

Figure 8 : La consommation de cannabis devrait-elle être autorisée ?

Avis par groupe d'âge et selon le statut de consommateur de cannabis *



La proportion de jeunes qui pensent que la consommation de cannabis devrait être autorisée augmente avec l'âge mais la proportion d'indécis reste relativement stable. Les opinions divergent selon que les jeunes ont déjà consommé ou non du cannabis. Globalement, 70% des consommateurs sont favorables à l'autorisation de la consommation de cannabis contre seulement 12% des non-consommateurs.

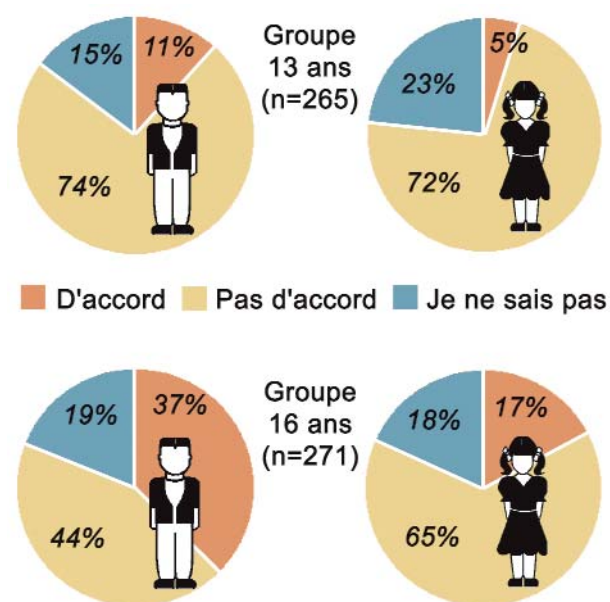
Les avis sont significativement différents entre les garçons et les filles interrogés à l'âge de 16 ans : seulement 20% des filles de cet âge se montrent favorables à l'autorisation de la consommation de cannabis, alors que cet avis est partagé par plus de 40% des garçons de 16 ans.

Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

* On désigne ici par "consommateurs de cannabis", les jeunes ayant déclaré avoir déjà consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie, et par "non-consommateurs", les autres.

On retrouve également cette divergence d'opinion entre les filles et les garçons lorsqu'on aborde la question de la vente libre de cannabis.

Figure 9 : Faut-il mettre le cannabis en vente libre ? Avis par groupe d'âge et par sexe



Globalement, 30% des jeunes de 16 ans sont favorables à la vente libre de cannabis contre moins de 10% des jeunes âgés de 13 ans.

D'une manière générale, les filles se montrent relativement plus indécises sur cette question que les garçons, surtout chez les plus jeunes.

Au sein du groupe des 16 ans, on peut noter que l'avis des filles est plus tranché et plus défavorable sur la question de la vente libre de cannabis qu'il ne l'était pour la consommation : 18% restent indécises à propos de la vente libre de cannabis contre 26% en ce qui concerne la consommation.

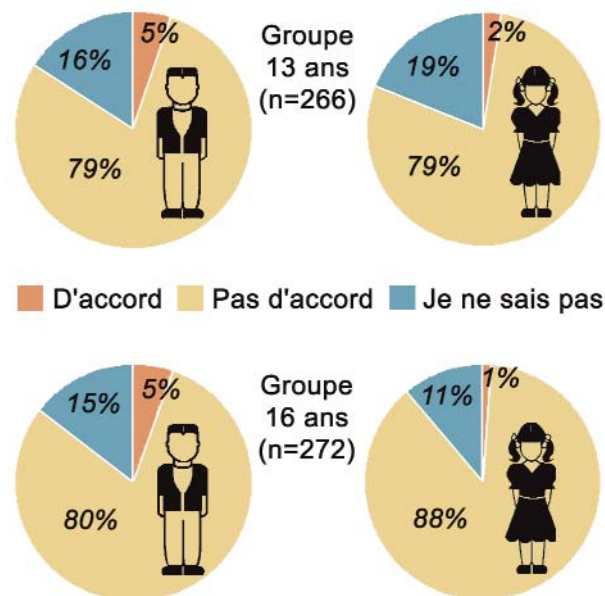
Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

En résumé, plus de la moitié des jeunes interrogés sont à la fois contre l'autorisation de la consommation de cannabis et contre sa mise en vente libre. Simultanément, 17% d'entre eux sont favorables à une libéralisation totale sur cette question et ce d'autant plus qu'ils sont eux-mêmes consommateurs.

2.6. OPINIONS, RÉGLEMENTATION ET HÉROÏNE

Lorsqu'on parle de la libre consommation d'héroïne, les avis sont plus nettement négatifs mais la part des indécis reste non négligeable.

Figure 10 : Autorisation de la consommation d'héroïne par groupe d'âge et par sexe



Les jeunes sont opposés à l'autorisation de consommer de l'héroïne dans près de 80% des cas, quelque soit leur groupe d'âge.

Signalons que plus ou moins 15% d'entre eux ne se prononcent pas sur le fait que cette consommation doit être permise ou pas.

La plupart des jeunes en accord avec la libéralisation de la consommation d'héroïne, soit 75% d'entre eux, l'est aussi pour la consommation de cannabis.

Toutefois, la réciproque n'est pas vraie, puisque près de 80% des jeunes favorables à la libéralisation de la consommation de cannabis sont contre celle de l'héroïne. L'héroïne évoque un caractère hautement plus dangereux pour les jeunes que le cannabis.

Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

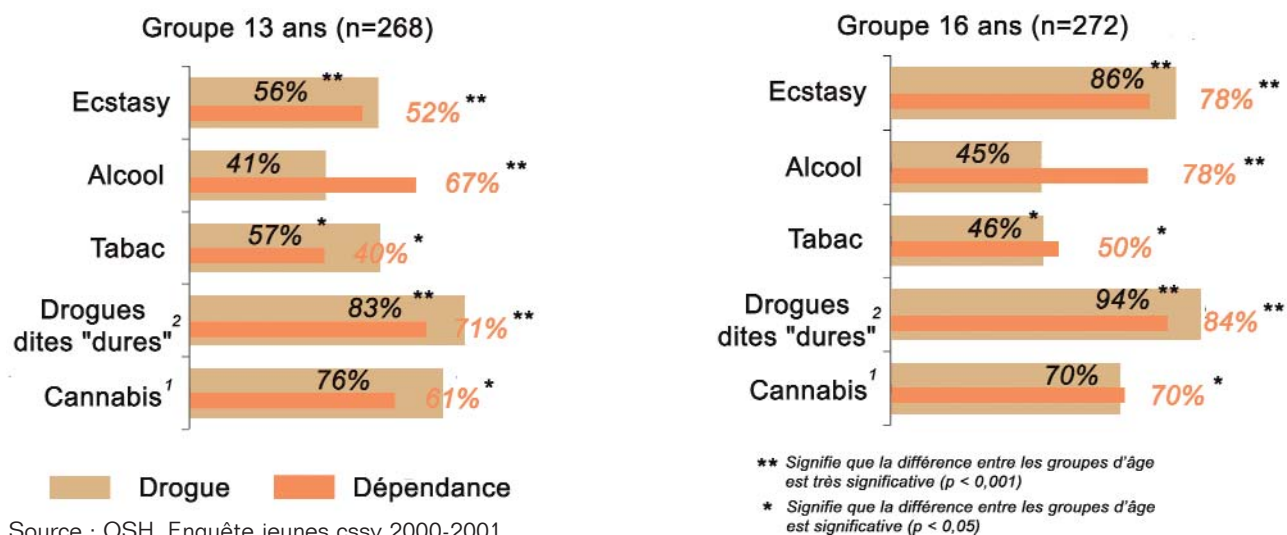
Globalement, 80% des jeunes interrogés sont défavorables à la liberté de la consommation et de la vente d'héroïne.

2.7. DROGUES, CROYANCES ET CONNAISSANCES

L'enquête s'est intéressée aux représentations des jeunes liées aux drogues et à leurs effets. À partir d'une liste de produits (parmi lesquels se trouvaient le haschich, le cannabis, l'héroïne, la cocaïne, le tabac, l'ecstasy et l'alcool notamment), on leur a demandé s'ils considéraient ces produits comme de la drogue, d'après leur propre conception et définition de ce qu'est une drogue. Ensuite, on les a interrogés sur leurs connaissances relatives aux effets de ces produits en leur demandant : "À ton avis, quels produits entraînent une dépendance ou une modification du comportement ?"

Les résultats obtenus sont présentés à la figure 11.

Figure 11 : Produits considérés comme de la drogue et/ou pouvant entraîner une dépendance ou une modification du comportement, par groupe d'âge



Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

1. L'intitulé "Cannabis" regroupe l'ensemble des jeunes ayant répondu d'une part considérer comme de la drogue, d'autre part considérer comme entraînant une dépendance ou une modification du comportement, au moins trois des cinq produits suivants : haschich, cannabis, shit, herbe, joint.
2. L'intitulé "Drogues dites dures" regroupe l'ensemble des jeunes ayant répondu d'une part considérer comme de la drogue, d'autre part considérer comme entraînant une dépendance ou une modification du comportement, les deux produits suivants : héroïne et cocaïne.

Près de 50% des jeunes assimilent cannabis, haschich, shit, herbe et joint (l'ensemble des dérivés du cannabis) à une drogue. Cette proportion passe à 70% si on considère acceptable trois réponses correctes sur les cinq propositions. Ce sont principalement les expressions "herbe" et "joint" qui sont le moins souvent reconnues comme une drogue par les jeunes de 16 ans, évolution du vocabulaire oblige.

En ce qui concerne la cocaïne et l'héroïne, si leur statut de "drogue" semble presque unanimement reconnu par les jeunes, les effets de dépendance qu'elles entraînent sont un peu moins partagés : à peine 3 jeunes sur 4 leur connaissent cet effet ou, tout au moins, celui de modifier le comportement. Cette opinion générale présente quelques nuances selon les groupes d'âge : les jeunes paraissent heureusement de mieux en mieux informés en grandissant sur les différents produits toxiques appartenant à la catégorie des drogues et sur la dépendance qu'entraînent les drogues dites "dures".

L'ecstasy, produit dont la consommation ne cesse de croître chez les jeunes depuis quelques années (9), est assez mal connu chez les plus jeunes ; près de 40% des jeunes enquêtés de l'âge de 13 ans ne classent pas l'ecstasy dans la catégorie des drogues et autant déclarent ne pas connaître ses effets en matière de dépendance ou de modification du comportement.

Ce retard apparent d'information semble se combler en bonne partie à l'âge de 16 ans.

Par ailleurs, les chercheurs ont voulu tester le statut de l'alcool et du tabac parmi les autres produits induisant une assuétude.

D'une manière générale, le tabac et l'alcool ne sont considérés comme des drogues que par 1 jeune sur 12, sans doute parce qu'il s'agit de produits licites. Une grande majorité des jeunes considère que l'alcool et le tabac ont des effets importants sur le comportement. Avec l'âge, les jeunes considèrent moins souvent que le tabac est une drogue, alors que la conviction de ses effets en termes de dépendance ou de modification du comportement augmente. En grandissant, les jeunes considèrent de plus en plus l'alcool comme une drogue, capable d'induire une dépendance ou une modification du comportement.

En ce qui concerne les autres produits, seul un tiers des jeunes associe l'acide, la colle et le sassy à de la drogue et un quart des jeunes déclare ne pas savoir si le crack et l'opium sont des drogues.

Ce manque d'information ("je ne sais pas") est surtout marqué chez les jeunes du groupe 13 ans et plus particulièrement chez les filles.

Soulignons que l'opinion des jeunes varie en fonction de leur statut de consommateur ou non de chacun des produits mentionnés. Ainsi 7 jeunes sur 10 n'ayant jamais consommé du cannabis considèrent ce produit comme une drogue contre 1 jeune sur 2 parmi ceux qui en ont déjà consommé.

De même, 56% des non-fumeurs estiment que le tabac est une drogue contre 40% des fumeurs et 47% des jeunes ne buvant pas d'alcool régulièrement l'associent à une drogue contre 35% des consommateurs. Près de 10% des non-consommateurs de tabac et alcool disent ne pas savoir si ces produits sont des drogues (contre 1% et 5% des consommateurs). Cette relation se vérifie également en ce qui concerne les effets de ces produits.

Un rapport français sur la dangerosité des drogues, dit "Rapport Roques (8)", décrit les différentes composantes de la dangerosité des drogues : risque de dépendance (physique et psychique), modification du comportement (dangerosité sociale) mais aussi toxicité intrinsèque des produits (neurotoxicité et toxicité générale). Le Professeur Roques conclut que l'héroïne, la nicotine et l'alcool provoquent une dépendance en principe bien plus forte et rapide que la cocaïne, l'ecstasy, et le cannabis. La neurotoxicité quant à elle est fort élevée pour l'ecstasy, la cocaïne et l'alcool ; la toxicité générale est quant à elle très forte pour l'ecstasy et le tabac, un peu moins pour la cocaïne, l'héroïne et l'alcool.

À côté de ces caractéristiques liées aux produits, les conditions socio-psychologiques et émotionnelles dans lesquelles se trouvent les jeunes lors de leurs premières prises jouent un rôle prépondérant sur les conséquences en termes de dépendance, de modification du comportement ou de la personnalité, qu'ont les différentes drogues.

Des produits comme l'ecstasy (XTC) dont la consommation augmente rapidement depuis une décennie sont mal connus, chez les jeunes de 13 ans en particulier.

Les produits "licites" (tabac et alcool) sont moins souvent reconnus comme des drogues et la connaissance de leurs effets (en particulier la dépendance) ne semble pas suffisante.

Les jeunes qui ne consomment ni tabac, ni alcool, ni cannabis sont plus nombreux à méconnaître ("je ne sais pas") les effets secondaires de type dépendance ou modification du comportement de ces produits.

3. DE CES CONSTATS ON RETIENDRA

Cette enquête révèle l'ampleur de la diffusion du cannabis, voire d'autres drogues, dans l'environnement des jeunes d'aujourd'hui : en effet, ils sont 65% des garçons et 49% des filles qui déclarent avoir déjà été sollicités à en consommer avant l'âge de 16 ans.

Près d'un jeune de 16 ans sur trois a déjà expérimenté le cannabis. Cette consommation apparaît conditionnée par l'âge, le sexe et le type d'enseignement (plus fréquente chez les jeunes de 16 ans, les garçons de ce groupe d'âge et les jeunes de l'enseignement professionnel). En outre, les consommations de tabac et d'alcool sont associées à celle de cannabis, sans doute entre autres parce que les facteurs de vulnérabilité personnelle qui y sont rattachés sont similaires.

En ce qui concerne les raisons de consommation évoquées par les jeunes, la plupart citent le plaisir et la détente. Cependant, une proportion non négligeable de jeunes (26%) mentionne l'oubli de problèmes et la défonce, ce qui témoigne d'un certain mal-être et les place sans doute dans un groupe dont les risques de dépendance et de modification du comportement sont plus élevés.

Les produits licites comme le tabac et l'alcool sont moins souvent considérés comme des drogues. En outre, et en accord avec les conclusions du Rapport Roques sur la dangerosité des drogues, on peut dire que les connaissances des jeunes en matière de dépendance ou de modifications du comportement liées aux drogues semblent nettement insuffisantes : leur manque d'information quant aux effets des produits proposés est notable, à l'exception peut-être de l'alcool.

Enfin, le tabagisme et la consommation régulière d'alcool apparaissent comme des facteurs très souvent associés à la consommation de drogues. Les actions orientées autour de la prévention des consommations de tabac mais aussi d'alcool (plus rares apparemment) sont donc sans doute une occasion appropriée d'actions de prévention primaire contre la toxicomanie et de travail sur les facteurs de fragilité sous-jacents à toute une série de comportements d'assuétudes.

4. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Sleiman S (sous la direction de). Belgian National Report on Drugs 2003. ISP, editor, EPI Reports Nr. 2003-019, 1-133. 2003. Bruxelles.
- (2) Sleiman S, Sartor F (sous la direction de). Belgian National Report on Drugs 2002. ISP, editor, EPI Reports Nr. 2002-024, 1-145. 2003. Bruxelles,
- (3) Loi modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes et antiseptiques (3 mai 2003), publiée au Moniteur Belge le 2 juin 2003, page 29917.
- (4) Godin I, Levêque A, Berghmans L. Tableau de bord de la santé des jeunes. Province de Hainaut, Observatoire de la Santé du Hainaut, 2, 1-85. 1998. Havré.
- (5) Depaepe P (sous la direction de). Enquête-Sentinelles - Recueil de données épidémiologiques concernant les usagers de produits psychotropes illicites en contact avec des instances d'aide dans la région de Charleroi - Analyse descriptive de l'évolution des données de 1995 à 2001. Ville de Charleroi, editor. 1-95. 2002.
- (6) Piette D et al. HBSC-Study : Health Behaviour in School-aged Children (Communauté française). ULB, PROMES Ecole de Santé Publique, editors. 2002. Bruxelles.
- (7) Magis I (sous la direction de). Résultats de l'enquête menée dans le cadre du G.E.E.R.M.M. Ville de Charleroi, Cellule Recherche et Concertation. Mai 2002, 1-38. 2002. Charleroi.
- (8) Roques B. La dangerosité des drogues - Rapport au secrétariat d'Etat à la Santé. Paris : La Documentation française. Odile Jacob, 1999.
- (9) Vanthournhout A. Techno, rêves... et drogues ? Rencontrer les jeunes dans les nouveaux lieux d'extase. 1^{ère} ed. Bruxelles. De Boeck & Belin, 2001.
- (10) ASBL GARANCE, Cathy Pirmey, rue Rogier 7 - 7300 Boussu, Tél. : 065 76 59 32.



Chapitre V

L'ALCOOL ET LES JEUNES HENNUYERS

1. Introduction

2. Résultats

3. De ces constats on retiendra

4. Références bibliographiques

1. INTRODUCTION

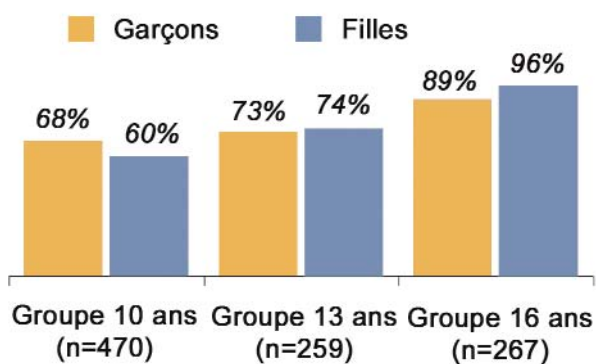
La consommation de boissons alcoolisées est omniprésente dans le monde des adultes. Le phénomène devient de plus en plus fréquent chez les jeunes également, différents rapports et études l'ont récemment rappelé [CRIOC [(1), (2)] ; Baromètre santé (3) ; HBSC/OMS [(4), (5)] ; ESPAD 99 France (6)]. L'étude "Escapad 2002" (7) réalisée en France auprès de 16 550 jeunes de 17 à 19 ans, à l'occasion de leur journée de préparation du service militaire, montre l'augmentation des consommateurs de boissons alcoolisées occasionnels et réguliers.

La consommation d'alcool est à la fois bien tolérée dans la société et très tabou d'autre part : si le premier contact avec l'alcool se fait souvent lors de fêtes familiales [(1), (8)], l'expérience des enquêtrices de l'Observatoire montre qu'il est mal perçu de questionner un enfant sur la consommation d'alcool de ses parents alors que les questions sur leur consommation de tabac ne posent aucun problème.

2. RÉSULTATS

2.1. LE PREMIER VERRE

Figure 1 : Proportion de jeunes ayant déjà consommé des boissons alcoolisées, par groupe d'âge et par sexe



Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

Globalement, près de 3 jeunes sur 4 ont déjà goûté une boisson alcoolisée : 64% à l'âge de 10 ans, 73% à 13 ans et 92% à 16 ans.

En revanche, il n'y a pas de différence entre les garçons et les filles, quel que soit l'âge considéré.

De même, le type d'enseignement et la structure familiale des jeunes (famille "classique", monoparentale ou recomposée) ne semblent pas influencer de manière significative le premier verre d'alcool des jeunes.

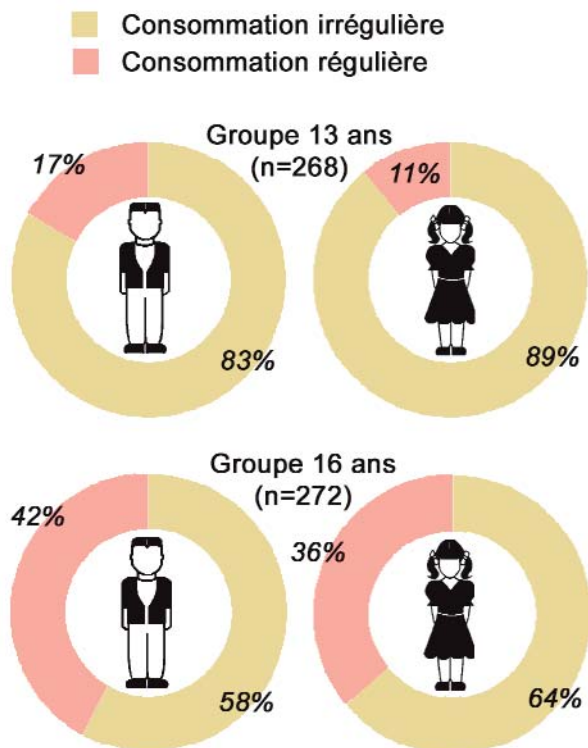
Toutefois, on a noté que la proportion de jeunes qui n'ont jamais essayé de boire d'alcool est beaucoup plus élevée lorsque leurs parents sont d'origine marocaine ou turque.

Deux tiers des jeunes de 10 ans ont déjà bu une boisson alcoolisée. A 16 ans, ne jamais en avoir bu devient rare.

2.2. DE L'ESSAI AUX HABITUDES

Un indicateur de consommation régulière d'alcool a été construit à partir de la fréquence de consommation déclarée par les jeunes : est appelé dans notre enquête "consommateur régulier" celui qui boit au moins un verre par semaine.

Figure 2 : Consommation régulière (1 fois par semaine et plus) de boissons alcoolisées par groupe d'âge



Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

La consommation hebdomadaire de boissons alcoolisées croît très fortement avec l'âge.

En effet, dans le groupe des 16 ans, près de 40% des jeunes en consomment déjà chaque semaine contre 13% dans le groupe des 13 ans.

On trouve nettement plus de garçons que de filles parmi les consommateurs réguliers.

La consommation régulière d'alcool est également significativement corrélée au statut tabagique des jeunes : les fumeurs sont plus fréquemment des consommateurs réguliers d'alcool que les non-fumeurs (44% contre 22%). À 16 ans, un jeune fumeur sur deux boit de l'alcool chaque semaine. Sur l'ensemble des jeunes de cet âge, 17% sont à la fois fumeurs et consommateurs réguliers de boissons alcoolisées, association particulièrement dangereuse pour la santé.

Comme dans les résultats de 1997 (9), la consommation régulière d'alcool n'est pas influencée par le type d'enseignement, ni par la structure familiale ou encore le nombre de revenus du travail de la famille dans laquelle le jeune vit. Cela ne veut cependant pas dire que les raisons pour lesquelles les jeunes consomment de l'alcool sont les mêmes dans les différentes couches sociales : la littérature rapporte que la consommation est liée entre autres à la tolérance du milieu par rapport au fait de boire de l'alcool et à la quantité d'argent dont les jeunes disposent, deux explications du comportement parfois antinomiques (8).

L'enquête montre que 13% des jeunes de 13 ans et 40% des jeunes de 16 ans boivent des boissons alcoolisées chaque semaine. Les garçons sont plus souvent des consommateurs réguliers que les filles. Les jeunes fumeurs sont plus souvent des consommateurs réguliers de boissons alcoolisées que les non-fumeurs.

2.3. LA BIÈRE PERD DU TERRAIN AU PROFIT DES COCKTAILS

L'arrivée sur le marché de boissons mixtes contenant une part d'alcool fort et une part de boisson pétillante sucrée a sensiblement modifié le type de consommation des jeunes. Il semblerait que les jeunes apprécient ces boissons dans un premier temps pour leur goût sucré et leur texture pétillante puis deviennent rapidement dépendant de l'alcool qu'elles contiennent.

Figure 3 : Proportion des consommateurs réguliers par groupe d'âge et par type d'alcool consommé



Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

Parmi l'ensemble des jeunes de 13 ans, 8% déclarent consommer régulièrement (au moins 1 fois par semaine) des apéritifs, 6% de la bière et autant du vin. Les jeunes de 16 ans quant à eux consomment principalement régulièrement des apéritifs alcoolisés et/ou de la bière (25% et 23%).

Quel que soit le type d'alcool considéré, on note une forte corrélation entre sa consommation régulière et l'âge des jeunes interrogés : plus ils grandissent, plus la consommation régulière de chaque type d'alcool augmente.

La consommation régulière de vin, de bière et d'alcools forts est nettement plus prononcée chez les garçons que chez les filles : globalement 19% des garçons de 13 et 16 ans déclarent consommer de la bière de manière au moins hebdomadaire, contre 9% des filles.

A 16 ans, cette différence entre les sexes est particulièrement marquée pour la bière et le vin, mais n'existe pas pour les apéritifs et cocktails.

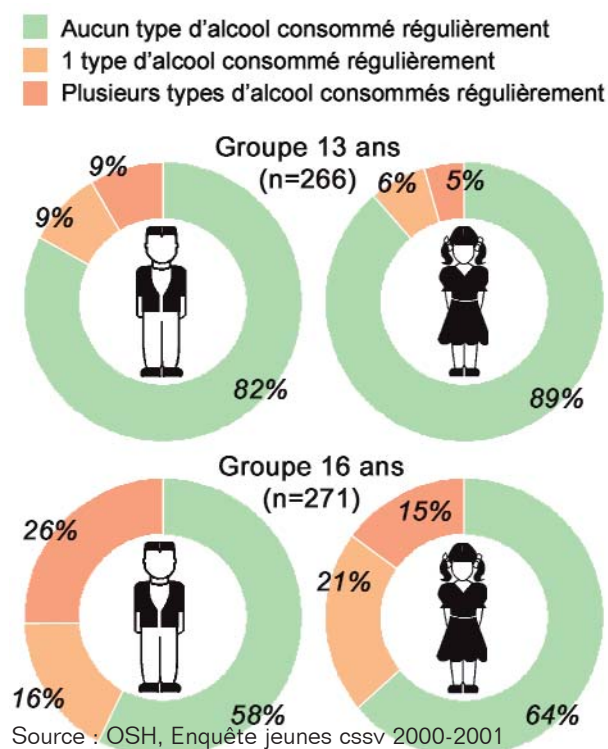
Le statut tabagique des jeunes est associé à la consommation de tous les types d'alcool, hormis la catégorie "champagne, cidre" (il s'agit de boissons consommées davantage dans un cadre familial à certaines occasions qu'entre jeunes lors de leurs sorties). En effet, 28% des fumeurs déclarent consommer régulièrement de la bière contre 11% des non-fumeurs. La différence est à peu près similaire pour les apéritifs et cocktails, et un peu plus faible pour le vin (15% des fumeurs contre 8% des non-fumeurs), et les alcools forts.

Enfin, on ne note pas de différence significative entre la filière d'enseignement, ou la structure des ménages dans laquelle vivent les jeunes, et la consommation régulière de chacun des différents types d'alcool considérés ici.

Les apéritifs et cocktails (breezers notamment) sont actuellement plus souvent consommés avec régularité que la bière ou le vin et ce, de manière assez semblable chez les filles et les garçons ; les garçons cependant restent de plus grands consommateurs de bière et de vin que les filles.

2.4. PAS UN TYPE DE BOISSON MAIS PLUSIEURS

Figure 4 : Répartition des jeunes selon la variété de boissons alcoolisées consommées régulièrement¹ par groupe d'âge



22% des jeunes de 16 ans et 7% des jeunes de 13 ans déclarent consommer régulièrement, c'est-à-dire chaque semaine, plusieurs types d'alcool différents.

A 13 ans, 9% des garçons et 5% des filles boivent de manière régulière plusieurs types de boissons alcoolisées différentes.

Cette différence persiste chez les plus âgés : à 16 ans, 26% des garçons et 15% des filles consomment plusieurs types d'alcool chaque semaine.

1. Il s'agit de la proportion de jeunes déclarant consommer, au moins une fois par semaine, une ou plusieurs boissons de types d'alcool différents.

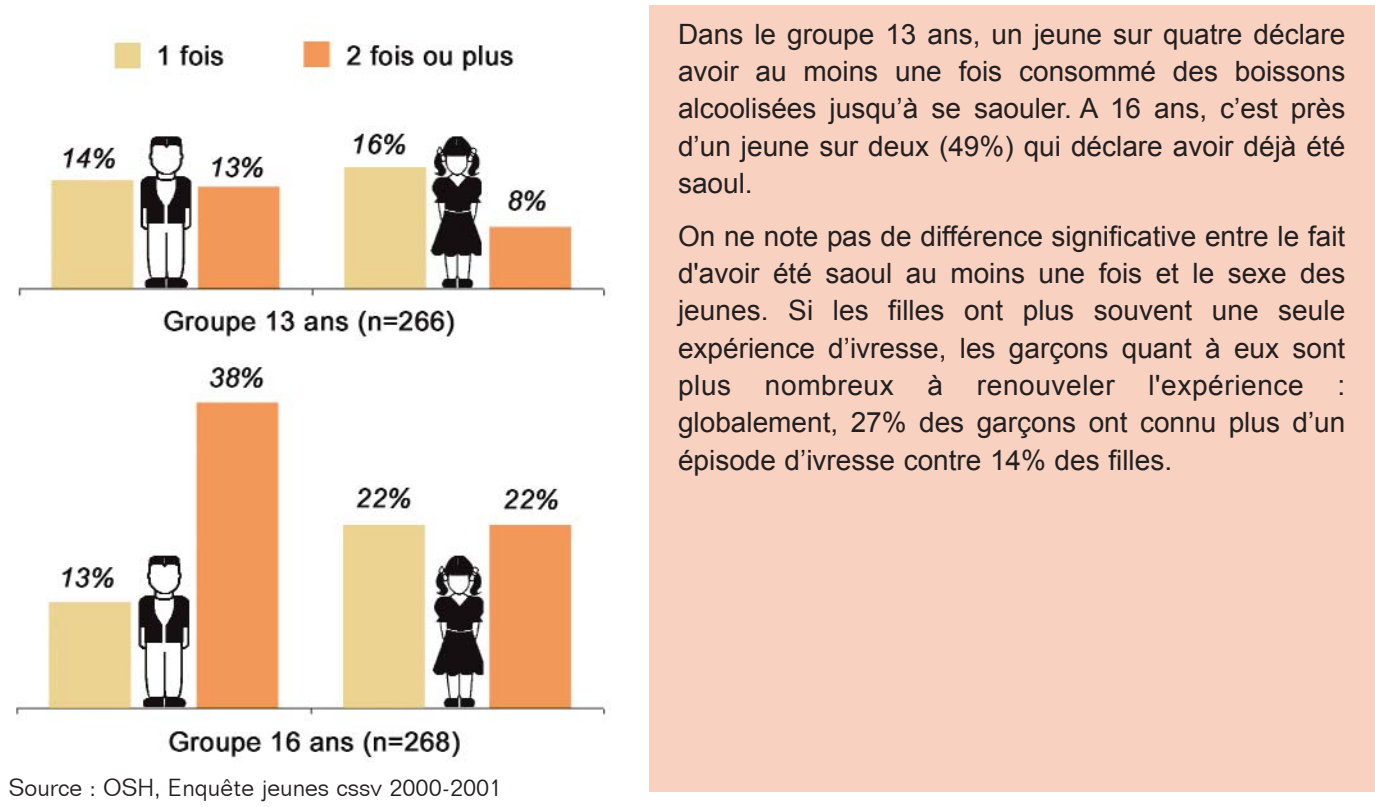
Les fumeurs ont également davantage tendance que les non-fumeurs à adopter un tel comportement : 25% des fumeurs contre 11% des non-fumeurs consomment régulièrement plusieurs types d'alcool.

A 16 ans, un garçon sur 4 et une fille sur 7 boit plusieurs types d'alcool chaque semaine. Ce comportement est plus fréquent chez les fumeurs.

2.5. BOISSON ET IVRESSE

En mesurant le nombre d'épisodes d'ivresse, nous cherchions à estimer la proportion de jeunes ayant déjà consommé de l'alcool de manière excessive. Il est possible que la définition de l'ivresse ait pu varier selon la représentation que se fait le jeune de cet état, mais ce que nous avons cherché à mettre en évidence ici, c'est le nombre de fois où le jeune estime avoir été saoul.

Figure 5 : Proportion de jeunes ayant déclaré avoir déjà été saoul par groupe d'âge, par sexe et selon le nombre de fois où ils ont été ivres



Dans le groupe 13 ans, un jeune sur quatre déclare avoir au moins une fois consommé des boissons alcoolisées jusqu'à se saouler. A 16 ans, c'est près d'un jeune sur deux (49%) qui déclare avoir déjà été saoul.

On ne note pas de différence significative entre le fait d'avoir été saoul au moins une fois et le sexe des jeunes. Si les filles ont plus souvent une seule expérience d'ivresse, les garçons quant à eux sont plus nombreux à renouveler l'expérience : globalement, 27% des garçons ont connu plus d'un épisode d'ivresse contre 14% des filles.

Les jeunes de l'enseignement professionnel sont plus nombreux à avoir consommé des boissons alcoolisées jusqu'à l'ivresse à au moins deux reprises (47% contre respectivement 21% et 30% des jeunes de l'enseignement général et technique) et ce indépendamment de l'âge légèrement plus élevé dans cette section (voir page 13).

De même, on note une différence significative entre le nombre d'épisodes d'ivresse et la structure familiale dans laquelle les jeunes évoluent. Les jeunes vivant avec leurs deux parents sont presque 2 fois moins nombreux que les jeunes grandissant au sein d'une famille recomposée à avoir déjà été saouls (36% contre 68%). Il en va de même pour le fait d'avoir connu plusieurs épisodes d'ivresse (18% contre 39%).

Le statut tabagique des jeunes apparaît également fortement corrélé de manière positive avec le nombre d'épisodes d'ivresse vécu par les jeunes : 71% des non-fumeurs déclarent n'avoir jamais été saoul contre à peine 33% des fumeurs. En outre, les fumeurs sont bien plus nombreux à avoir renouvelé l'expérience (49% d'entre eux) que les non-fumeurs (14%).

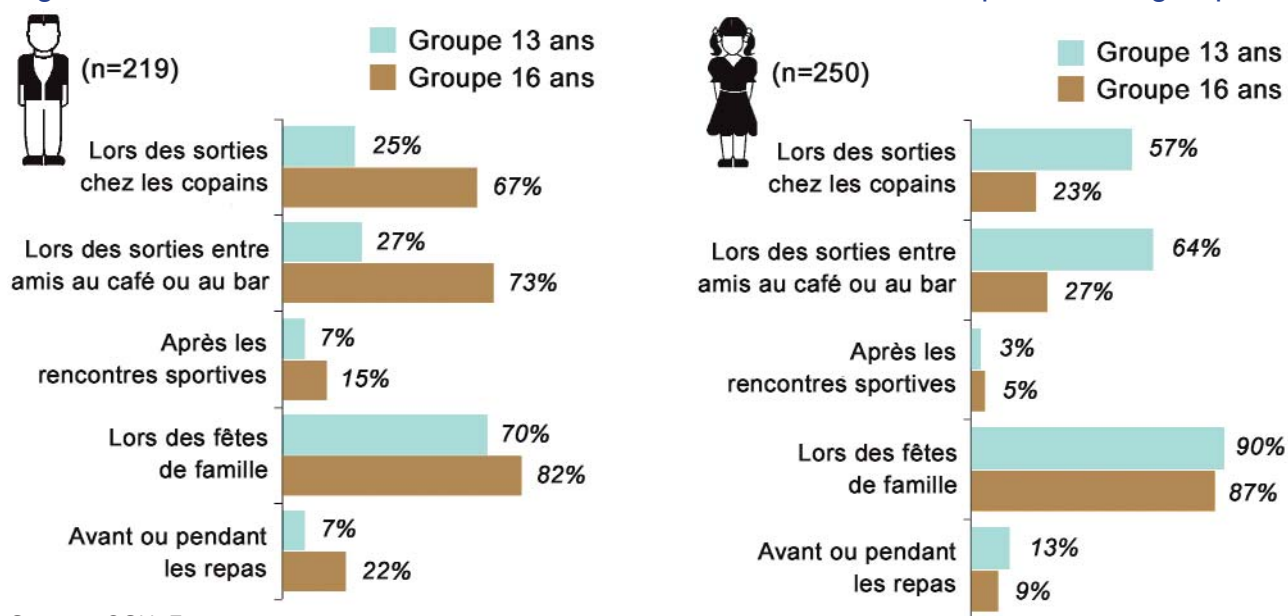
L'âge moyen auquel ces jeunes ont vécu leur premier épisode d'ivresse est de 11 ans et demi pour le groupe 13 ans et 14 ans pour le groupe 16 ans.

Près d'un jeune sur trois du groupe 13 ans (27%) déclare avoir été saoul pour la première fois à 11 ans ou avant, cette proportion étant plus importante pour les garçons. En ce qui concerne les jeunes de 16 ans, 52% d'entre eux ont été saouls pour la première fois entre 12 et 14 ans.

L'ivresse est fréquente : elle a déjà touché un jeune sur 4 à 13 ans et un jeune sur 2 à 16 ans les filles autant que les garçons. Plus de la moitié d'entre eux ont déjà renouvelé l'expérience. À 16 ans, les épisodes multiples d'ivresse concernent 38% des garçons et 22% des filles. L'ivresse (unique ou multiple) est corrélée au statut tabagique, à la filière d'enseignement et à la structure de la famille des jeunes.

2.6. LES JEUNES ET LA CONSOMMATION D'ALCOOL : OÙ ET QUAND ?

Figure 6 : Circonstances de consommation de boissons alcoolisées par sexe et groupe d'âge¹



Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

1. Ces proportions sont calculées uniquement en rapport à l'ensemble des jeunes ayant déclaré avoir déjà consommé une boisson alcoolisée au moins une fois dans leur vie.

La première circonstance de consommation d'alcool pour les jeunes est la fête familiale. Elle est une occasion de consommation pour 78% des jeunes de 13 ans et 85% des jeunes de 16 ans, et ce plus spécialement encore pour les filles que pour les garçons. Viennent ensuite les sorties entre amis au café ou chez les copains.

La rencontre sportive est la circonstance de consommation la moins fréquemment rapportée (respectivement 6% et 10%). Toutefois les garçons

consomment plus fréquemment de l'alcool dans ces circonstances (11% contre 4% pour les filles). Notons, par ailleurs, que la proportion de jeunes qui participent à un club sportif est restreinte.

Globalement, les jeunes de 16 ans sont significativement plus nombreux à consommer de l'alcool que les jeunes de 13 ans. Toutefois, les filles de 13 ans se montrent plus enclines que celles de 16 ans à boire de l'alcool lors de sorties au café ou chez les copains.

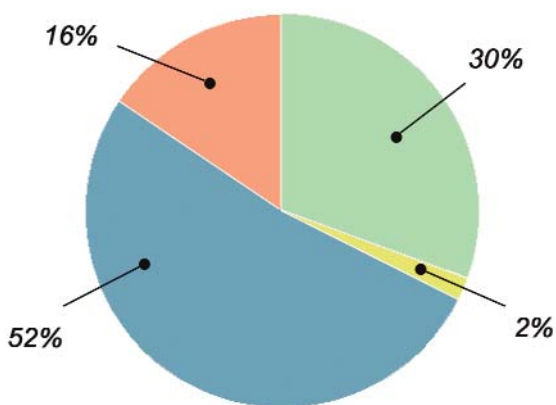
À 16 ans, la consommation lors des fêtes familiales est plus élevée chez les jeunes de l'enseignement général que chez les jeunes d'autres filières.

Enfin, il apparaît à nouveau clairement que les fumeurs sont plus nombreux à consommer de l'alcool, tant suite aux rencontres sportives, que lors des sorties au café ou chez les amis : à titre d'exemple, 70% des fumeurs déclarent consommer de l'alcool lors des sorties entre amis, contre 36% des non-fumeurs.

Une étude réalisée par l'Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons (IREB) (10) en novembre 2001 auprès d'un échantillon représentatif de 1000 jeunes français âgés de 13 à 20 ans trouve les mêmes lieux privilégiés de consommation d'alcool des jeunes et différences selon le sexe. En effet, elle met d'une part en évidence que "pour les deux sexes, la consommation d'alcool apparaît comme festive et ne rime pas avec solitude : ce n'est pas seuls qu'ils boivent, mais entourés de leurs amis ou de leur famille". (Notons que dans notre étude, nous n'avons pas posé de questions sur le fait de boire seul). D'autre part, cette étude rapporte la pratique du sport (en raison de la 3^{ème} mi-temps) comme l'un des facteurs de risque principaux associés à la consommation d'alcool chez les garçons.

Figure 7 : Proportion de jeunes consommant habituellement des boissons alcoolisées le week-end et/ou en semaine ¹ (n=466)

- Considèrent ne pas consommer habituellement des boissons alcoolisées
- Pendant la semaine uniquement
- Le week-end uniquement
- En semaine et pendant le week-end



Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

1. Ce tableau ne comprend que les jeunes ayant répondu consommer au moins un type de boissons alcoolisées au moins une fois par semaine.

La majorité des jeunes consommateurs réguliers d'alcool consomment des boissons alcoolisées uniquement le week-end.

Pourtant, 16% déclarent en consommer aussi bien le week-end qu'en semaine, ce qui est interpellant.

Un autre constat peut également apparaître alarmant : 30% des jeunes, qui déclarent par ailleurs consommer régulièrement des boissons alcoolisées, ne semblent pas pouvoir définir à quel moment de la semaine se fait habituellement cette consommation, ce qui pourrait indiquer qu'ils sous-estiment leur consommation (11).

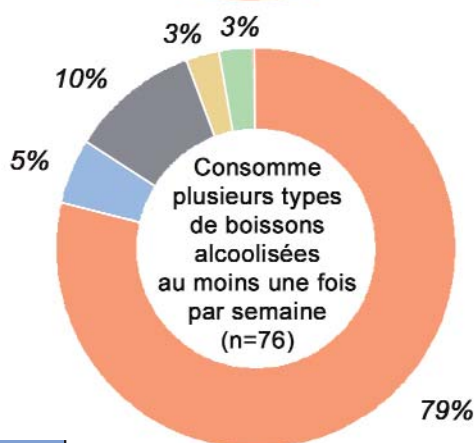
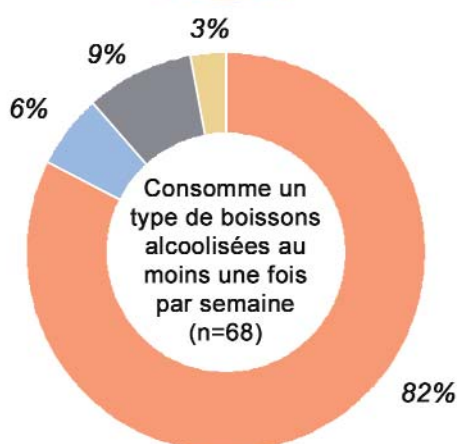
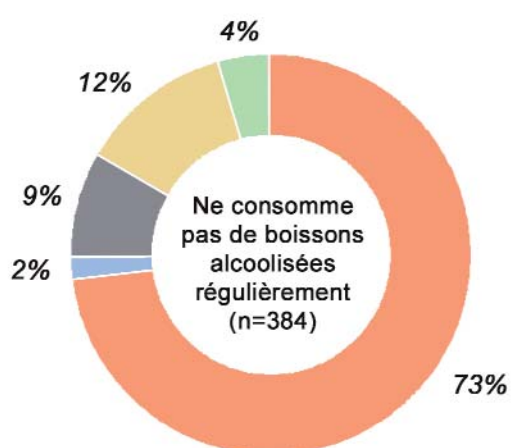
Un autre constat désormais courant se retrouve dans ces résultats : les jeunes qui fument sont plus nombreux à boire que ce soit en semaine ou pendant le week-end (12% des fumeurs contre 5% des non-fumeurs boivent en semaine et 52% des fumeurs contre 20% des non-fumeurs le week-end).

2.7. LA CONNAISSANCE DES RISQUES LIÉS AUX BOISSONS ALCOOLISÉES

Pour être plus à même d'analyser le comportement des jeunes vis-à-vis des boissons alcoolisées, nous les avons interrogés sur leur perception des dangers liés à la consommation (12).

Figure 8 : Perception du danger de boire selon la régularité de consommation de boissons alcoolisées. Selon toi est-il dangereux pour la santé de boire de l'alcool ?

- C'est dangereux si l'on boit tous les jours
- Ce n'est jamais dangereux
- Je ne sais pas
- C'est dangereux dès qu'on essaie
- C'est dangereux si l'on boit de temps en temps



Globalement dans 3 cas sur 4, les jeunes pensent que l'alcool n'est dangereux qu'à partir du moment où il est consommé quotidiennement.

Cette perception est significativement influencée par le statut de consommateur : les jeunes qui ne boivent que de temps à autre sont plus nombreux à penser que l'alcool est dangereux à partir d'une consommation occasionnelle voire dès le premier essai (16% contre 5% des consommateurs réguliers).

La perception du danger de boire semble diminuer avec l'âge. En effet, 16% des jeunes âgés de 13 ans pensent que le danger vient dès l'essai ou lors de consommation régulière contre seulement 5% des jeunes de 16 ans.

Dans le même sens, plus de 5% des consommateurs réguliers pensent que l'alcool n'est jamais dangereux alors que seuls 2% des consommateurs irréguliers sont de cet avis.

Signalons aussi que quel que soit son statut de consommateur d'alcool et son groupe d'âge, près d'un jeune sur 10 ne se prononce pas sur le seuil de dangerosité des boissons alcoolisées.

Enfin, on ne note aucune différence significative entre la perception des filles et celle des garçons sur le danger de boire de l'alcool.

La perception du danger de boire de l'alcool ne varie ni en fonction du type d'enseignement suivi, ni de la structure familiale et ni encore du statut tabagique des jeunes.

Parmi les consommateurs occasionnels, 71% des jeunes de 16 ans et 50% des jeunes de 13 ans déclarent qu'ils n'envisagent pas de modifier leur comportement dans l'année à venir. À 13 ans, près d'un jeune sur dix pense déjà diminuer voire arrêter sa consommation d'alcool, contre un jeune sur vingt chez les plus âgés. Ce sont dans une très large proportion les consommateurs occasionnels d'alcool de 13 ans qui envisagent une diminution ou un arrêt de leur consommation à l'avenir, et quasiment en aucun cas les consommateurs réguliers.

Les jeunes sont peu informés des dangers de l'alcool : 3/4 des jeunes consommateurs occasionnels d'alcool pensent qu'il faut en boire chaque jour pour que cela devienne dangereux ; cette proportion monte à 4/5 chez les consommateurs réguliers (qui boivent de l'alcool chaque semaine). Un jeune sur 10 ne semble pas savoir s'il peut être dangereux de boire de l'alcool.

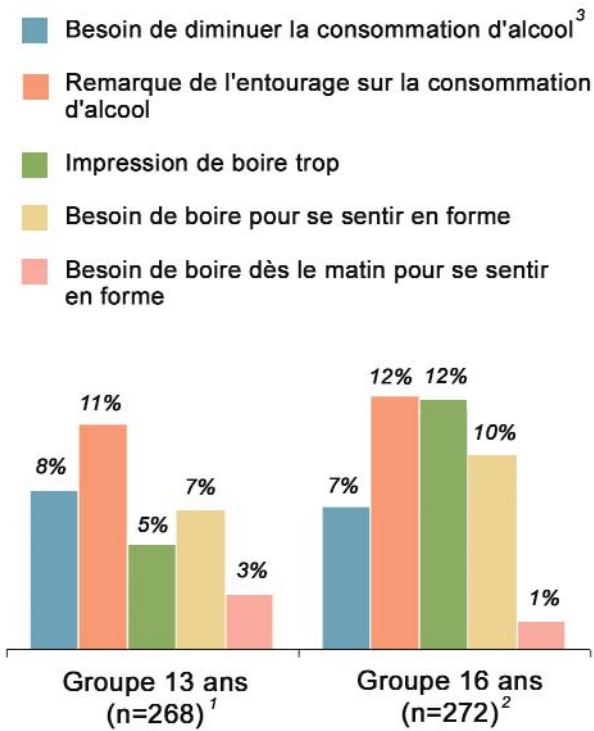
À 13 et 16 ans, le nombre médian de verres quotidiens à partir duquel il leur semble dangereux de boire est de 5 ; 25% des jeunes portent ce seuil au-delà de 10 verres par jour.

Il n'y a pas de lien entre les représentations sur les dangers de l'alcool et le sexe ou les variables socio-économiques. Les résultats confirment le besoin d'intervention en promotion de la santé en lien avec la consommation d'alcool.

2.8. LA DÉPENDANCE VIS-À-VIS DE L'ALCOOL

Figure 9 : Critère de dépendance à l'alcool par groupe d'âge.

Proportion des jeunes en accord avec ces critères :



Source : OSH, Enquête jeunes cssv 2000-2001

1 A l'exception de la première question, le nombre de réponses manquantes s'élève globalement dans ce groupe d'âge à 130. Ce fort taux de réponses manquantes est le fait en quasi-totalité des consommateurs d'alcool occasionnels, c'est-à-dire ne consommant pas d'alcool chaque semaine.

2 A l'exception de la première question, le nombre de réponses manquantes s'élève globalement dans ce groupe d'âge à 65. Ce fort taux de réponses manquantes est le fait en quasi-totalité des consommateurs d'alcool occasionnels, c'est-à-dire ne consommant pas d'alcool chaque semaine.

3 Le nombre de réponses manquantes à cette question est si important qu'il nous a paru nécessaire de le souligner. En effet, sur des effectifs respectifs de 268 et 272, le nombre de répondants à cette question ne s'élève qu'à 90 dans le groupe des 13 ans et à 143 dans le groupe des 16 ans.

Le questionnaire CAGE (13) a été utilisé dans le but d'évaluer la dépendance alcoolique. Il comporte les questions suivantes :

"As-tu déjà ressenti le besoin de diminuer ta consommation de boissons alcoolisées ?",

"Ton entourage t'a-t-il déjà fait des remarques au sujet de ta consommation ?",

"As-tu déjà eu l'impression que tu buvais trop ?" et "As-tu déjà eu besoin de boissons alcoolisées dès le matin pour te sentir en forme ?".

Cette dernière question a été posée également sans spécifier "dès le matin" étant donné le jeune âge des répondants et le faible pourcentage de ceux qui ont besoin d'alcool dès le matin.

Si on en analyse les items séparément, on peut faire les constats suivants :

7% des jeunes ont déjà ressenti le besoin de diminuer leur consommation de boissons alcoolisées.

Les jeunes déclarent avoir reçu des remarques de la part de leur entourage dans 12% des cas.

Près d'un jeune sur dix a déjà eu l'impression qu'il buvait trop, ce pourcentage étant plus important chez les jeunes de 16 ans (12% contre 5% chez les jeunes de 13 ans), peu importe le moment de la journée. Au total, 8% des jeunes ont déjà éprouvé le besoin de boire des boissons alcoolisées pour se sentir en forme et plus spécifiquement les filles (13% contre 7% des garçons).

Seuls 2% des jeunes (3% des garçons contre 1% des filles) ont déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour se sentir en forme.

Les jeunes de l'enseignement professionnel sont plus nombreux à avoir éprouvé la sensation de boire trop (20% contre 6% et 10% des jeunes de l'enseignement technique et général) et le besoin de boire pour se sentir en forme (20% contre 5% des jeunes du général et du technique).

Par ailleurs, si deux réponses positives à l'une ou l'autre des questions du questionnaire Cage signifient une dépendance alcoolique probable, et 3 réponses positives confirment la dépendance alcoolique du sujet, on peut faire le constat suivant : 24 jeunes présentent une dépendance alcoolique, probable (n=18) ou confirmée (n=6). Cinq d'entre eux sont issus du groupe des 13 ans et 19 du groupe des 16 ans. Signalons qu'il s'agit de 24 élèves sur un total de 200 qui ont répondu aux 4 questions citées plus haut. Une grande proportion de jeunes ont répondu de façon incomplète à ces questions et ne sont donc pas repris dans ce total même si on pressent qu'ils ne présentent pas de dépendance alcoolique.

3. DE CES CONSTATS ON RETIENDRA

La précocité des premières consommations de boissons alcoolisées, la consommation régulière et même la consommation excessive d'alcool (épisodes d'ivresse) des jeunes est importante.

La prévalence de la consommation occasionnelle ou régulière d'alcool est influencée par l'âge. Le sexe a une influence sur la consommation régulière de boissons alcoolisées (plus importante chez les garçons) et sur les épisodes d'ivresse mais pas sur le premier essai.

En ce qui concerne la perception de la dangerosité de l'alcool, la plupart des jeunes estiment que ce n'est dangereux que si l'on boit tous les jours avec un nombre médian de verres quotidiens assez élevé (5 verres).

Les consommations d'alcool et de tabac sont souvent associées entre elles et à celle du cannabis.

Enfin sur base des critères de dépendance décrits plus haut, on en conclut que parmi les consommateurs 24 élèves sur 200 qui ont répondu à la question, présentent une dépendance alcoolique probable ou confirmée.



4. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) CRIOC. Les jeunes, l'alcool et le tabac Communiqué de presse. CRIOC, 2003. Bruxelles.
- (2) CRIOC. Jeunes et Assuétudes. CRIOC, 2004. Bruxelles.
- (3) Bonin S, Kremp O, Lambourg M et al (sous la direction de). Baromètre santé - premiers résultats 2000 - Les jeunes de 12 à 25 ans en Picardie. ORS-Picardie, 1-16. 2001. Amiens
- (4) Navarro FJ, Godeau E, Dressen C, Mouret G, Jeunier B, Aptel E. Les comportements de santé des jeunes-Consommation de substances psychoactives - Résultats préliminaires (enquête HBSC/OMS). Institut de Veille Sanitaire, 2000.
- (5) Le goût de l'alcool de plus en plus jeune. La Libre Belgique. 31 janvier 2003.
- (6) Choquet M, Ledoux S, Hassler C. Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée - ESPAD 99 France - European School Survey Project on Alcohol and other Drugs - Tome 1. INSERM, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 1-149. 2002. Paris
- (7) Beck F, Legleye S. Drogues et Adolescence - Usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes ESCAPAD 2002. Observatoire Régional de Santé de Bretagne, 2003. Rennes
- (8) Droomers M, Schrijvers C, Casswell S, Mackenbach J. Occupational level of the father and alcohol consumption during adolescence; patterns and predictors. J of Epidemiology and Community Health 2003 ; 57 (9) : 704-710.
- (9) Godin I, Levêque A, Berghmans L. Tableau de bord de la santé des jeunes. Province de Hainaut, Observatoire de la Santé du Hainaut, 2, 1-85. 1998. Havré.
- (10) Choquet M, Com-Ruelle L, Leymarie N, Lesrel J. Les 13-20 ans et l'alcool en 2001 - Comportements et contextes en France. IREB : Institut de recherches Scientifiques sur les Boissons, 1-126 + annexes. 2003. Paris
- (11) Maillard C. Comment prévenir l'alcoolisation des adolescents ? Le Concours Médical, 2003 ; 18 (14 mai 2003) : 1-3.
- (12) Roques B. La dangerosité des drogues - Rapport au secrétariat d'Etat à la Santé. Paris : La Documentation française ; Odile Jacob, 1999.
- (13) Brown R, Leonard T, Saunders L, Papasouliotis O. A Two-Item Screening Test for Alcohol and Other Drug Problems. J Fam Pract 1997 ; 44 (2) : 151-160.

Partie 2

- I. ÉVALUATION DES ACTIVITÉS DU
CERCLE SPORTIF POUR
CORONARIENS DU CENTRE
- II. CAMPAGNE MÉDIATIQUE DE
PRÉVENTION DES MALADIES
CARDIOVASCULAIRES
- III. DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN



Chapitre I

EVALUATION DES ACTIVITÉS DU CERCLE SPORTIF POUR CORONARIENS DU CENTRE

- 1. Introduction**
- 2. Matériel et méthodes**
- 3. Résultats**
- 4. De ces constats on retiendra**
- 5. Références bibliographiques**
- 6. Coordonnées des Cercles Coronariens
du Hainaut**

avec l'aide de Jacques DEBAST (Président), du Dr Jacques LEMAITRE et du Dr Philippe JACOBS

1. INTRODUCTION

Le Cercle Sportif pour Coronariens du Centre s'est constitué en 1974. Ses premiers membres étaient des personnes qui terminaient leur cycle de revalidation coronarienne à l'hôpital. Le Cercle leur offrait la possibilité de pratiquer de l'exercice physique de manière encadrée grâce à la présence de médecins et de kinésithérapeutes.

Le Cercle compte à ce jour près de 120 membres actifs. Avec ceux de Charleroi, Baudour et Soignies, il est l'un des quatre cercles coronariens du Hainaut. Ses membres actuels sont des personnes ayant eu un incident coronarien aigu (infarctus ou incident assimilé), leur conjoint ou des connaissances.

Au fil du temps, les activités du Cercle se sont étoffées : natation, volley-ball, ping-pong, gymnastique et activités festives ; voire même des voyages organisés (1).

Visant au départ la réadaptation physique, les animateurs du groupe ont ensuite réorienté leur objectif vers la normalisation de la santé puis "la promotion de la joie de vivre" : lutte contre le stress, ouverture aux activités de loisirs, festives et socioculturelles (2). La stratégie communautaire pour la prévention secondaire s'ajoute ainsi à l'approche individuelle.

Le Cercle vise à une responsabilisation vis-à-vis de la santé et à une "démédicalisation" des problèmes quand c'est possible (3).

Après plus de 25 ans d'existence, les responsables ont souhaité mener une évaluation de leurs activités. Celle-ci devrait permettre de poursuivre ou de réorienter les activités et le mode d'organisation du Cercle. L'évaluation devrait servir, entre autres, à vérifier la perception de l'identité du groupe et de son fonctionnement par ses membres, à mesurer l'impact de la participation aux activités sur le statut fonctionnel et sur la joie de vivre des membres ainsi que l'impact sur les facteurs de risque et les problèmes de santé associés.

L'ensemble du processus d'évaluation, de sa conception à ses résultats, nous a paru avoir sa place dans ce Carnet de bord pour différents motifs : il s'agit d'une part d'un exemple concret de prévention des maladies cardiovasculaires, et d'autre part d'un bel exemple de pratique de l'exercice physique chez des personnes plus âgées.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

Un questionnaire, rédigé par l'Observatoire de la Santé du Hainaut et le comité du Cercle Sportif pour Coronariens du Centre, a été distribué à tous les membres actuels et passés du Cercle (140 envois). 88 questionnaires ont été remplis et renvoyés par des membres actuels soit, un taux de participation de 75%. Seuls 2 anciens membres ont répondu, ce qui était insuffisant pour pouvoir tenir compte de leur avis.

Les données médicales, fournies au médecin du Cercle par les membres, ont été couplées aux réponses du questionnaire lorsque c'était possible et l'ensemble a été transmis sous forme anonyme à l'Observatoire de la Santé pour analyse.

3. RÉSULTATS

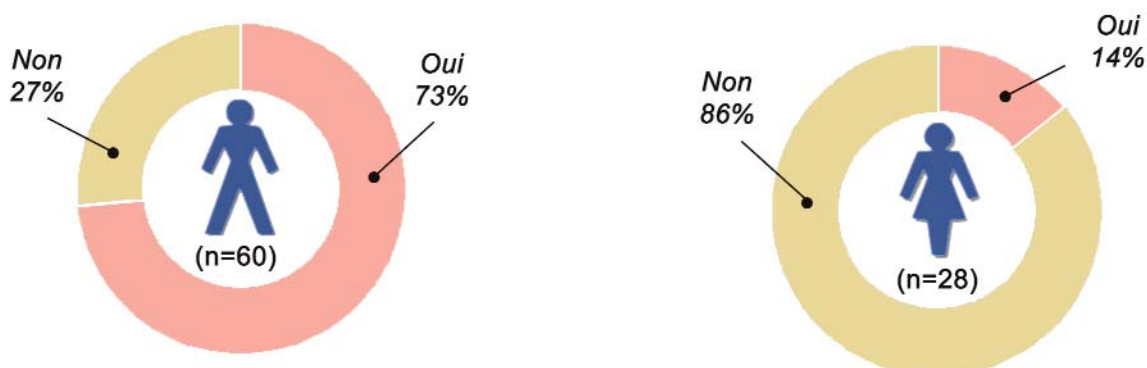
3.1. PROFIL DES MEMBRES À L'ENTRÉE AU CERCLE

Les membres du Cercle ont 64 ans en moyenne (42 à 83 ans), 25% des personnes qui ont répondu à l'enquête (88 réponses) ont plus de 71 ans.

Lors de leur entrée au Cercle, 54% des personnes souffraient d'une maladie coronarienne. Cette proportion est moins élevée chez les femmes car il s'agit souvent d'épouses non-coronariennes de membres, qui se sont parfois jointes au groupe dans un but social et préventif uniquement.

Les réponses au questionnaire à ce sujet sont tout à fait superposables aux renseignements consignés sur la fiche médicale : les membres sont donc bien informés sur leur maladie et ses caractéristiques.

Figure 1 : Présence des maladies coronariennes à l'adhésion au Cercle par sexe



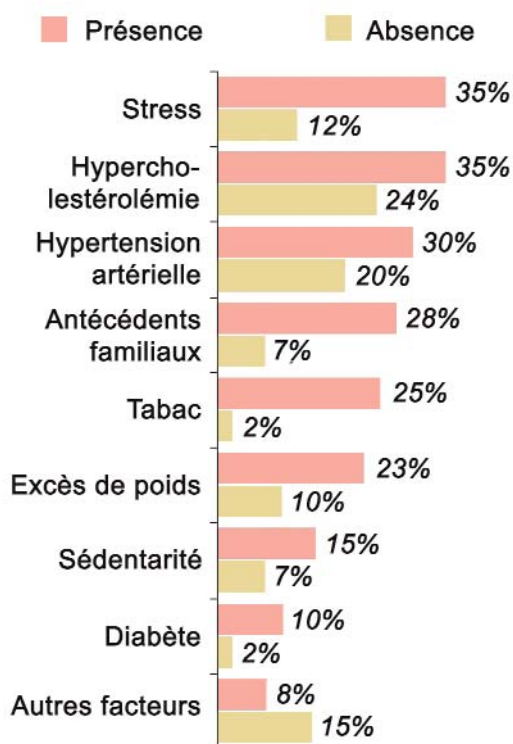
Source : OSH - CSCC - 2002

3.2. MALADIES CORONARIENNES ET FACTEURS DE RISQUE

Les membres présentent divers facteurs de risque pour les maladies coronariennes à leur entrée au Cercle. La figure 2 nous montre leur fréquence à l'entrée au Cercle selon les réponses des participants à l'enquête. On observe des différences relativement peu importantes (excepté, pour le tabac, le stress et les antécédents familiaux) entre les coronariens et les non-coronariens. Les différences sont probablement encore moins élevées dans la réalité car il existe sans doute une sous-déclaration relative des facteurs de risque chez les non-coronariens.

Cette sous-déclaration existe pour tout le monde en ce qui concerne l'excès de poids. En effet, selon l'indice de masse corporelle calculé à partir de la fiche médicale ($IMC = P/T^2$), 54% souffrent d'excès de poids ($25 \leq IMC < 30$) et 15 autres pour cent ont dépassé le seuil de l'obésité.

Figure 2 : Fréquence des différents facteurs de risque à l'entrée au Cercle selon la présence ou non d'une maladie coronarienne (n=81)



Le stress, l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, les antécédents familiaux et le tabac sont les facteurs de risque les plus souvent déclarés par les coronariens comme présents à leur entrée au Cercle ($\geq 25\%$). Les non-coronariens en déclarent un peu moins: l'hypertension artérielle touche 1 non-coronarien sur 5 et l'hypercholestérolémie 1 sur 4. La consommation de tabac est nettement moins fréquente chez les non-coronariens.

La différence de risque se marque pour chacun des facteurs considérés mais c'est surtout le cumul des risques qui caractérisent les patients coronariens : 35% en cumulent au moins 3 contre seulement 12% chez les non-coronariens.

Source : OSH - CSCC - 2002

Au total, 35% des personnes qui ont un problème coronarien cumulent au moins trois facteurs de risque contre seulement 12% des personnes qui n'ont pas de problème coronarien même si on peut s'attendre à une légère sous-déclaration chez ces derniers.

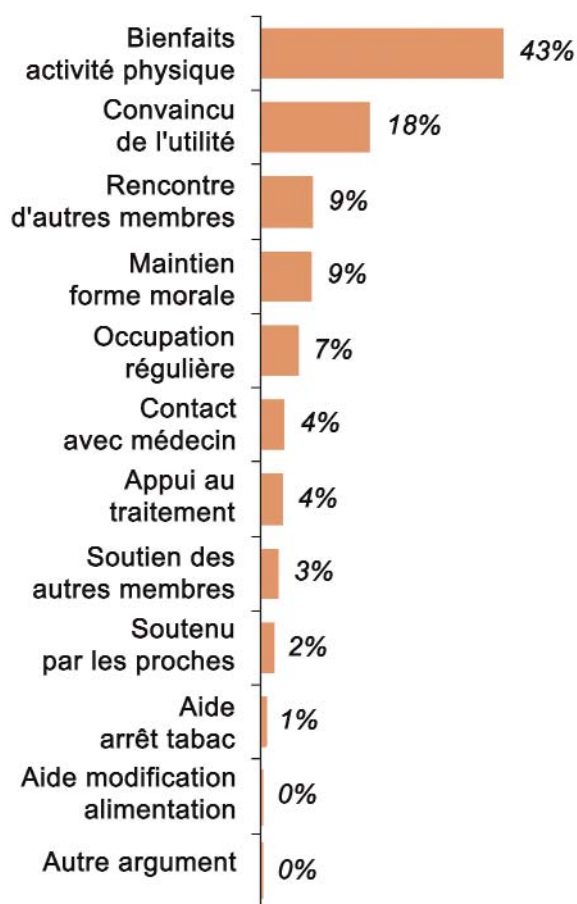
3.3. Y GOÛTER, C'EST Y ADHÉRER POUR LONGTEMPS

La plupart des membres ont adhéré au Cercle sur le conseil de leur spécialiste ou d'un proche dans le but initial de prévenir la survenue d'un nouvel incident coronarien aigu.

Avec le temps, les raisons d'appartenir au Cercle se sont modifiées. Pour les connaître, une série de motifs susceptibles d'expliquer pourquoi ils sont restés membres actifs du Cercle a été proposée dans le questionnaire. Les personnes interrogées devaient en choisir 3 et les classer par ordre d'importance pour eux.

La figure 3 présente la part relative des différents motifs invoqués pour expliquer la poursuite des activités au sein du Cercle. Cette part relative a été calculée à partir d'un score pondéré construit en attribuant à chaque motif cité 3 points lorsqu'il est cité en premier lieu, 2 points en second lieu et 1 point en 3^{ème} place.

Figure 3 : Score pondéré reflétant l'importance relative des différentes raisons pour lesquelles les membres continuent à venir au Cercle (n=88)



Lorsqu'on applique le coefficient de pondération, arrivent en premier lieu avec 43% de points les bienfaits de l'activité physique, en second lieu, le fait qu'on soit convaincu de l'utilité du Cercle et en troisième lieu le maintien de la forme morale.

Cette image relative reflète une grande similarité des réponses et de l'ordre des choix des membres : 67 personnes citent en premier lieu les bienfaits de l'activité physique et 32 citent en second lieu la participation aux activités du Cercle.

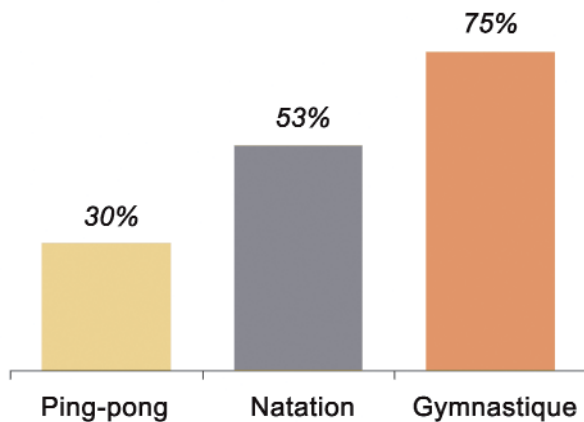
Les motifs cités en 3^{ème} position sont plus variés mais touchent à la forme morale et à la rencontre des autres membres.

Source : OSH - CSCC - 2002

Essayer l'activité physique pour sa santé, c'est l'adopter. Voilà sans doute un petit slogan qui pourrait apporter une conclusion à ce graphique.

3.4. LA PARTICIPATION AUX DIVERSES ACTIVITÉS DU CERCLE

Figure 4 : Proportion des répondants participant aux différentes activités sportives du Cercle au moins une fois par semaine (n=88)



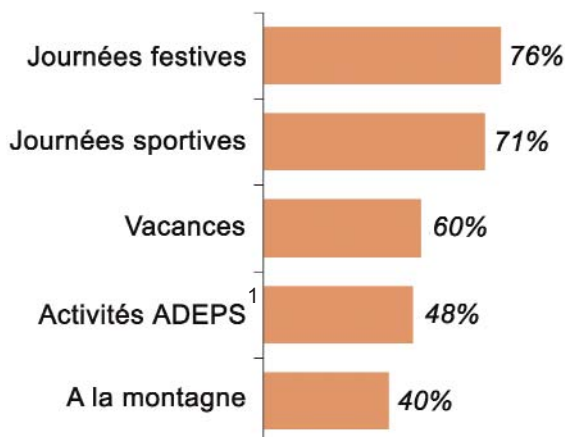
La plupart des membres participent non seulement avec régularité (viennent chaque semaine) aux activités du Cercle mais également avec assiduité (participent à toutes les activités proposées ou du moins à une bonne partie). En effet :

- 3/4 des membres participent à une séance de gymnastique au moins une fois par semaine.
- 30% des membres pratiquent le volley-ball ou le tennis de table au moins une fois par semaine. Il semblerait que pour ces deux dernières activités ce soient les mêmes personnes qui participent à toutes les séances proposées.
- Enfin, 53% des membres qui répondent à la question déclarent nager au moins une fois par semaine.

D'autres activités de loisirs sont également proposées et rencontrent le même succès.

Source : OSH - CSCC - 2002

Figure 5 : Proportion de répondants participant aux activités ponctuelles du Cercle au moins de temps en temps (n=88)



La proportion de membres qui participent au moins de temps en temps aux autres activités du Cercle est également surprenante.

Notons aussi que plus de 60 personnes étaient présentes à l'assemblée générale de l'association en février 2003, lorsque les résultats de cette enquête ont été présentés.

A côté des activités de loisirs, 56% des répondants manifestent de l'intérêt pour être mieux informés sur la prévention.

Source : OSH - CSCC - 2002

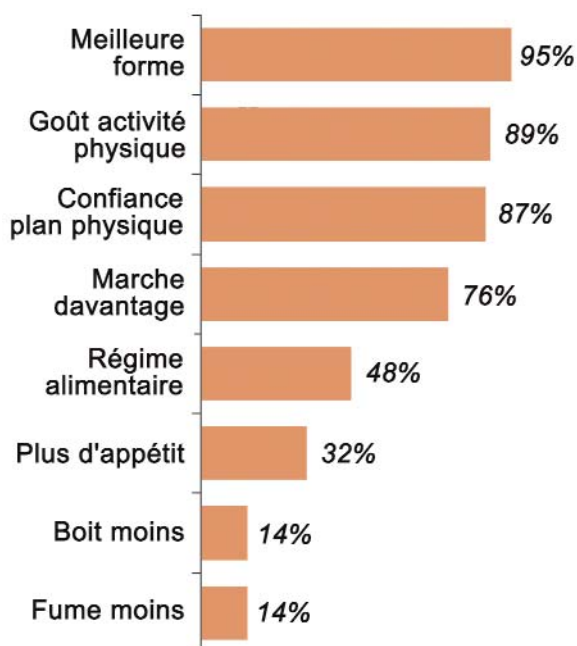
¹ Activités ADEPS : Activités organisées par l'Administration de l'Education Physique et du Sport

Les personnes sont donc prêtes à investir non seulement de leur temps mais aussi de l'argent pour des activités sportives régulières. Ils sont également demandeurs d'information.

3.5. IMPACT POTENTIEL DE LA PARTICIPATION AU CERCLE SUR LA SANTÉ DES MEMBRES

3.5.1. CHANGEMENTS DANS LES COMPORTEMENTS DE SANTÉ

Figure 6 : Proportion de répondants ayant ressenti une amélioration de leur mode de vie depuis leur participation au Cercle (n=88)



Depuis leur entrée au Cercle mais sans que cela puisse pour autant lui être attribué, 95% des personnes se sentent en meilleure forme, 88% apprécient davantage pratiquer une activité physique et autant déclarent avoir gagné en confiance sur le plan physique. Enfin, 3 personnes sur 4 disent faire davantage de marche qu'auparavant.

Pour l'alcool et le tabac, peu de personnes se sentent concernées par l'impact des activités du Cercle sur leur consommation. Pourtant, des 22 membres fumeurs à leur entrée au Cercle (voir plus haut), il n'en reste que 4 au moment de l'enquête.

La consommation d'alcool semble, par contre, nettement plus fréquente sans qu'elle soit perçue comme problématique.

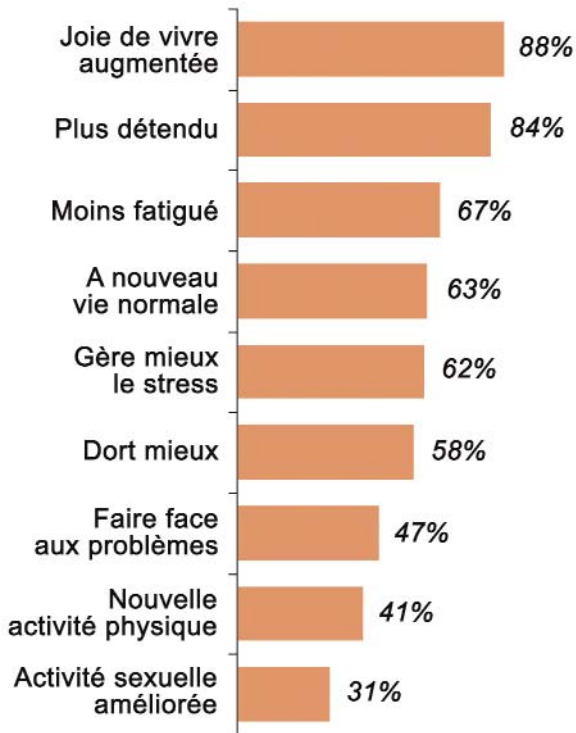
32% des membres déclarent avoir gagné de l'appétit. Si c'est généralement reconnu comme un signe de bonne santé, dans le cas présent, vu la proportion de membres ayant trop de poids (69%), il faut sans doute plutôt s'inquiéter ! 30 personnes reconnaissent un impact positif de leur participation au Cercle sur leur régime alimentaire mais 29 autres membres (41% des répondants à cette question) s'estiment non concernées.

Source : OSH - CSCC - 2002

L impact positif de l'activité physique sur la santé fait l'unanimité. Par contre, l'effet de la fréquentation du cercle sur la qualité diététique de l'alimentation semble moins évident.

3.5.2. ÉVOLUTION DE LA SANTÉ MENTALE

Figure 7 : Évolution personnelle depuis la participation au Cercle (n=88)



Le questionnaire a également porté sur des aspects relatifs à la santé mentale au sens large. Non seulement la joie de vivre et la forme générale se sont améliorées mais aussi la capacité de gérer les difficultés rencontrées au quotidien (stress, sommeil, problèmes divers).

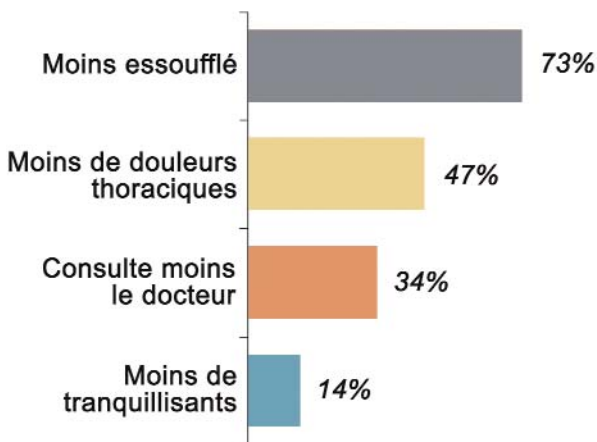
Enfin, 30% des répondants notent l'amélioration de leur vie sexuelle.

Source : OSH - CSCC - 2002

Les répondants ont vu clairement s'améliorer leur sentiment de bien-être dans ses différentes composantes depuis qu'ils participent régulièrement aux activités du Cercle.

3.5.3. EFFETS SUR LES SYMPTÔMES PHYSIQUES

Figure 8 : Impact de la participation sur la santé physique (n=88)



Au niveau des symptômes physiques, 56 personnes disent être moins vite essoufflées (73%), la plupart de celles qui éprouvaient des douleurs thoraciques en ont moins (47% des membres).

La consommation de visites médicales n'a pas changé.

Dix personnes disent prendre moins de tranquillisants (14%). La consommation de ces derniers est d'ailleurs particulièrement faible parmi les membres du Cercle.

Source : OSH - CSCC - 2002

La plupart des symptômes liés à la maladie coronarienne se sont améliorés. Si la consommation médicale n'a pas changé, la consommation déclarée de tranquillisants ou de somnifères par contre est particulièrement basse parmi les membres du Cercle.

4. DE CES CONSTATS ON RETIENDRA

Le Cercle Sportif pour Coronariens du Centre est très dynamique. Les membres sont actifs et fidèles. Parmi les facteurs favorisant cette belle continuité, on notera sûrement le bon équilibre entre loisirs conviviaux et activité physique ainsi que l'engagement humain du personnel d'encadrement et du comité.

L'amélioration de la santé physique évoquée par les personnes interrogées est remarquable. Pour l'anecdote, un des membres aurait déclaré "dommage" de ne pas avoir eu son infarctus 10 ans plus tôt.

Une prise en charge améliorée des facteurs de risque pour les maladies coronariennes telles que l'obésité, ou l'hypertension artérielle, et l'obtention d'informations à leur sujet est un besoin ressenti par les membres.

La participation à une activité de ce type d'un plus grand nombre de personnes et le renouvellement des liens avec les différents acteurs de santé locaux, notamment les médecins généralistes, sont probablement un nouveau défi.

5. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Pauwels M. Coronariens du Centre : Les 20 ans du Cercle Sportif. La Nouvelle Gazette 1994, 22 octobre : 6.
- (2) 1500 patients y ont trouvé une nouvelle jeunesse - 20^{ème} anniversaire du Cercle Sportif pour Coronariens du Centre. La Nouvelle Gazette 1994 ; 1994, 22 octobre.
- (3) Lemaître J. Pourquoi des cercles sportifs pour coronariens ? Le Vaccin (Journal des généralistes de La Louvière) 1988, 13 septembre : 2-3.

6. COORDONÉES DES CERCLES CORONARIENS DU HAINAUT

▶ CERCLE SPORTIF POUR CORONARIENS DU CENTRE

Rue Gambetta 79/11 - 7100 LA LOUVIÈRE

Contact : Mr. Jacques Debast

Tél. : 064 22 78 92

▶ CORONARY CLUB DE CHARLEROI

Rue Zénobe Gramme 47 - 6000 CHARLEROI

Contact : Mr. Vincent Swartenbroeckx

Tél. : 071 31 21 42

▶ CERCLE SPORTIF SONEGIEN POUR CARDIAQUES

Rue du Tunnel 6 - 7090 BRAINE LE COMTE

Contact : Mr. Henri Broquet

Tél. : 067 55 40 40

▶ CŒUR & SPORT

Rue Jean Jaurès 64 - 7100 LA LOUVIÈRE

Contact : Mr. Gabriel Horlait

Tél. : 064 22 27 34

▶ CORONARY CLUB DE BAUDOUR

Avenue Louis Goblet 72 - 7331 BAUDOUR

Contact : Mr. Georges Lhoir

Tél. : 065 64 17 49

Chapitre II

CAMPAGNE MÉDIATIQUE DE PRÉVENTION DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

- 1. Introduction : une campagne
à évaluer**
- 2. Méthode de l'évaluation**
- 3. Résultats**
- 4. De ces constats on retiendra**
- 5. Références bibliographiques**

Rédigé avec Véronique JANZYK et Alain HUSDENS

1. INTRODUCTION : UNE CAMPAGNE À ÉVALUER

Les maladies cardiovasculaires font depuis longtemps l'objet d'activités de prévention et de promotion de la santé à l'Observatoire de la Santé du Hainaut. Dans ce cadre, grâce à l'appui de la Communauté française sous forme d'espaces publicitaires gratuits, trois spots (télévision et radio) ont été diffusés sur les chaînes de radio et de télévision de la Communauté française. Deux brochures leur étaient associées : "Alimentation, saveurs et santé" et "Fruits et Légumes, la santé au naturel !".

Tel est le matériel du premier volet d'une campagne "santé cardiovasculaire" pour lequel s'est noué un partenariat entre l'Observatoire de la Santé du Hainaut, la Fondation pour la Chirurgie Cardiaque, l'Orpah et la Fédération Belge contre le Cancer. L'objectif était de renforcer les comportements alimentaires favorables à la santé cardiovasculaire.

Une campagne de presse a permis de faire la promotion conjointe des spots, des brochures et des messages qui y sont associés.

L'ensemble de la campagne médiatique a fait l'objet d'une évaluation couvrant différents aspects :

- ▶ la diffusion de la brochure via le numéro vert de la Communauté française ou les associations relais et l'impact de la campagne de presse sur la diffusion des brochures;
- ▶ le coût de la campagne ;
- ▶ l'impact des brochures sur les connaissances, les intentions et les habitudes alimentaires ;
- ▶ l'appréciation des spots et des brochures.

Cette évaluation n'avait pas pour objectif de mesurer le taux de pénétration de la campagne.

Un second volet de la campagne "Bouger, pour votre santé, 30 minutes par jour suffisent..." construite sur le même schéma (spots et brochure), a débuté à l'automne 2003. Une évaluation du même type sera réalisée en 2004.

2. MÉTHODE DE L'ÉVALUATION

Pour évaluer l'impact des brochures, une enquête téléphonique a été menée auprès de 79 ménages, issus de la liste des 3000 ménages qui ont demandé une brochure auprès du service téléphonique vert de la Communauté française entre le 24 février et le 7 mars 2002 (au total, 30 000 ménages ont demandé la brochure).

Pour la campagne "Fruits et Légumes, la santé au naturel !", 104 des personnes qui ont demandé la brochure directement à l'OSH ont été sélectionnées au hasard et ont répondu à l'enquête téléphonique.

Un questionnaire a été établi sur une base similaire pour les 2 parties de l'enquête. Les entretiens ont été menés par l'équipe d'enquêtrices du Service Information Sanitaire de l'OSH.

3. RÉSULTATS

3.1. DIFFUSION DES DEUX BROCHURES AUPRÈS DES RELAIS-SANTÉ

Les "Relais de l'OSH" sont toutes les personnes, associations, institutions qui font de la promotion de la santé au quotidien : communes, écoles, associations, médecins généralistes, etc.

Un courrier leur a été adressé, ainsi qu'une brochure, leur offrant la possibilité d'en demander d'autres pour soutenir leur action.

Tableau 1 : Nombre de brochures distribuées par campagne médiatique et selon la nature des demandeurs

	Alimentation, saveurs et santé		Fruits et Légumes, la santé au naturel !	
	N	%	N	%
Communes	8 000	32,0	7 420	29,0
CPAS	3 600	14,4	1 775	7,0
Médecins	160	0,6	1 370	5,4
IMS - PMS	2 000	8,0	1 360	5,3
Ecoles	1 000	4,0	3 200	12,5
Entreprises	730	2,9	1 170	4,6
Hôpitaux	2 500	10,0	2 450	9,6
Pharmacies	60	0,3	65	1,3
Mutuelles et CLPS	3 100	12,4	4 220	16,5
Autres (associations, province,...)	3 850	15,4	2 505	9,8
Total des brochures distribuées par les relais	25 000	100,0	25 535	100,0

Source : OSH, 2002

Ce sont les communes (33 communes, hennuyères pour la plupart) qui ont été les plus grands demandeurs de brochures. Environ 8000 brochures "Alimentation, saveurs et santé" et 7420 brochures "Fruits et Légumes, la santé au naturel !" ont été distribuées grâce à elles. Ceci cadre tout à fait avec l'augmentation des liens entre l'Observatoire de la santé du Hainaut (OSH) et les communes du Hainaut que ce soit via le Collège échevinal, l'une ou l'autre association ou via l'administration communale.

Les CPAS de 28 communes ont diffusé pour leur part 3600 brochures "Alimentation, saveurs et santé" et 1775 brochures "Fruits et Légumes, la santé au naturel !". Les CPAS constituent également des partenaires réguliers des interventions de promotion de la santé ou d'éducation pour la santé menées par l'OSH (écoles de consommateurs, animations sur l'alimentation équilibrée, etc.).

Relevons également les demandes des hôpitaux (à hauteur de 2500 exemplaires), des entreprises et des milieux scolaires (écoles et équipes de promotion de la santé à l'école, PSE et PMS) qui ont quant à eux distribué environ 3000 brochures "Alimentation, saveurs et santé" et 4500 brochures "Fruits et Légumes, la santé au naturel !".

Enfin, les mutuelles ont diffusé un nombre non négligeable de brochures (7320) de manière directe mais aussi indirecte en insérant un encart sur la brochure dans leurs publications.

Les relais habituels de l'Observatoire au sein même des institutions provinciales se sont également montrés très actifs, ce qui nous encourage à poursuivre les efforts pour la mise en œuvre du plan

directeur provincial pour la santé, destiné à améliorer la santé des 10 000 agents provinciaux.

Si on compare, la diffusion des deux brochures, la seconde "Fruits et Légumes, la santé au naturel !", a suscité un peu plus de demandes collectives provenant d'autres provinces que le Hainaut et une implication plus active des médecins généralistes formés à la prévention des maladies cardiovasculaires (dans le cadre d'un projet mené en commun avec la Société Scientifique Médecine Générale).

Une conférence de presse, à large diffusion, a eu lieu après et avant chacune des deux phases de la campagne médiatique. Une cinquantaine d'articles ont vu le jour et huit interviews ont été réalisées.

La distribution des brochures a été largement relayée par les partenaires-santé de l'Observatoire grâce à 3 facteurs : un mailing systématique, une conférence de presse, un dossier de presse et enfin, l'existence de liens de collaboration régulière.

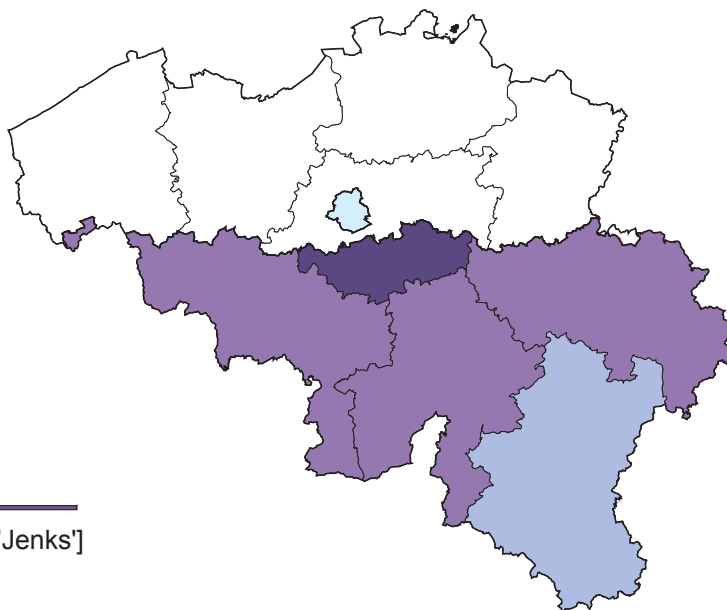
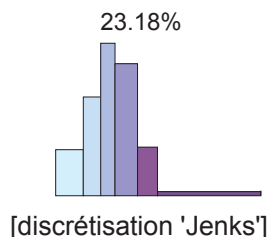
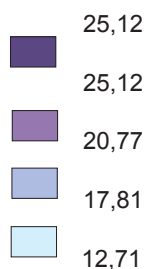
3.2. DIFFUSION AUPRÈS DES PARTICULIERS

38 000 particuliers ont appelé le numéro vert de la Communauté française : environ 30 000 pour obtenir la première brochure et 8000 pour la seconde (pour laquelle moins de spots ont été diffusés). En outre, environ 5000 demandes individuelles, hennuyères pour la plupart, ont été adressées directement à l'OSH pour chacune des deux campagnes. Environ 10 000 demandes ont été enregistrées à la Fondation pour la Chirurgie Cardiaque pour la première brochure et 5000 exemplaires de la seconde ont été distribués par l'ORPAH.

Carte 1 : Répartition des demandes de brochures "Alimentation, saveurs et santé" au Numéro Vert de la Communauté française (24/2-07/03/03)

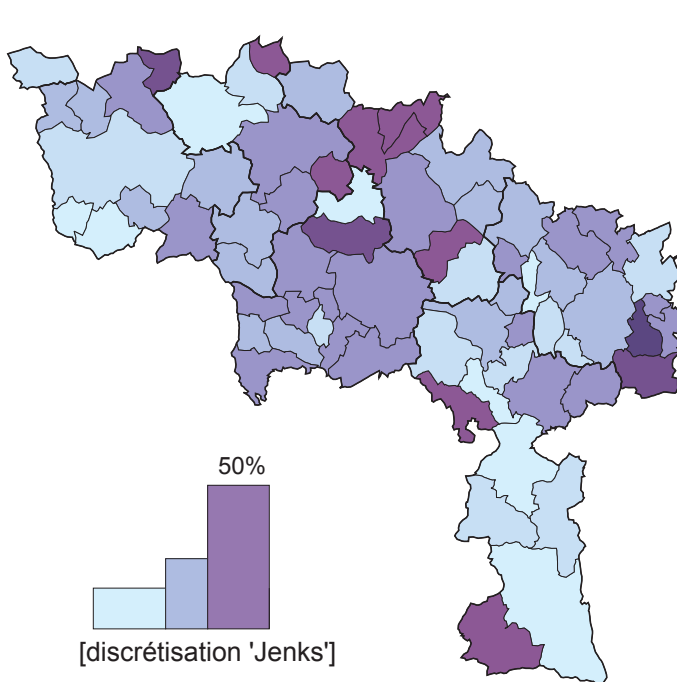
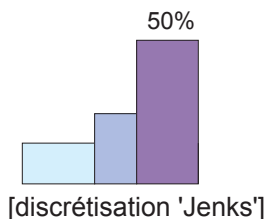
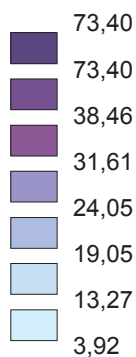
► En Communauté française

Nombre de brochures "Alimentation, saveurs et santé" distribuées pour 10 000 ménages



► En province de Hainaut

Nombre de brochures "Alimentation, saveurs et santé" distribuées pour 10 000 ménages



Fait avec Philcarto - <http://perso.club-internet.fr/philgeo>

Parmi les appels arrivés au numéro vert de la Communauté française pour la brochure "Alimentation, saveurs et santé" (la seule pour laquelle un échantillon d'appelants au Numéro Vert était disponible), on constate une légère sur-représentation des demandes provenant d'habitants

du Hainaut. Vu les caractéristiques socio-économiques générales de la province, ceci pourrait refléter un relativement bon niveau de sensibilité à la qualité de l'alimentation. Cette constatation reste bien sûr à vérifier dans les campagnes à venir.

3.3. COÛT DE LA CAMPAGNE MÉDIATIQUE

Une trentaine de réunions (réunions techniques et concertation entre partenaires) ont été programmées pour le projet. Le prix de la réalisation d'un spot est d'environ 10 000 €. Chaque brochure a été tirée à 60 000 exemplaires pour un coût total de 30 000 € (sans compter le travail de documentation et de rédaction). Le montant investi s'élève donc à 60 000 € pour les 3 spots et les 2 brochures, sans compter le temps de travail (préparation du dossier et réalisation des brochures) évalué à plus de 25 000 €.

Le montant total de 85 000 € est à mettre en perspective avec le coût du temps de diffusion sur les ondes estimé à 500 000 € selon le tarif des régies publicitaires. Pour rappel, le décret de la Communauté française permet la diffusion gratuite de ce type de campagne après acceptation du projet.

Pour les deux campagnes, 50 000 brochures ont été distribuées via les relais habituels de l'Observatoire tandis qu'environ 63 000 demandes individuelles ont été enregistrées par les différents partenaires de la campagne. Les demandes ont été particulièrement nombreuses dans le Hainaut.

3.4. IMPACT DES BROCHURES

Une campagne médiatique est un investissement important et l'impact sur le lecteur est donc un des aspects que tentait d'aborder le questionnaire. L'évaluation a cherché à mesurer cet impact en termes d'acquisition de nouvelles connaissances, d'essai des comportements proposés (essai d'appliquer les conseils, test de certaines recettes).

Tableau 2 : Impact de la brochure "Alimentation, saveurs et santé"

		Alimentation, saveurs et santé					
		Hommes		Femmes		Total	
		N	%	N	%	N	%
Cette brochure vous a-t-elle appris quelque chose ?	oui	16	61,5	36	72,0	52	68,4
	non	10	38,5	14	28,0	24	31,6
Avez-vous mis certains conseils en pratique ?	oui	8	32,0	24	47,1	32	42,1
	non	17	68,0	27	52,9	44	57,9
Avez-vous mis certaines recettes en pratique ?	oui	9	36,0	15	32,6	24	33,8
	non	16	64,0	31	67,4	47	66,2

Source : OSH, 2002

Tableau 3 : Impact de la brochure "Fruits et Légumes, la santé au naturel !"

Fruits et Légumes, la santé au naturel !

		Hommes		Femmes		Total	
		N	%	N	%	N	%
Cette brochure vous a-t-elle appris quelque chose ?	oui	11	57,9	44	53,0	55	53,9
	non	8	42,1	39	47,0	47	46,1
Avez-vous mis certains conseils en pratique ?	oui	9	47,4	30	37,5	39	39,4
	non	110	52,6	50	62,5	60	60,6
Avez-vous mis certaines recettes en pratique ?	oui	2	15,4	7	12,1	9	12,7
	non	11	84,3	51	87,9	62	87,3

Source : OSH, 2002

Les tableaux 2 et 3 résument les réponses aux différentes questions. Dans le cas de la brochure "Alimentation, saveurs et santé", 2 personnes sur 3 disent avoir appris quelque chose de neuf et environ la moitié ont mis des conseils en pratique. Pour la brochure "Fruits et Légumes, la santé au naturel !", cette proportion est un peu plus faible. Seule 1 personne sur 2 déclare avoir appris quelque chose mais 4 sur 10 ont tout de même mis certains conseils en pratique (davantage d'hommes que de femmes). Les recettes ont particulièrement été appréciées dans le cas de "Alimentation, saveurs et santé". 1 personne sur 3 en a testé au moins une contre 1 sur 7 dans le cas de la brochure "Fruits et Légumes, la santé au naturel !". Enfin parmi les personnes qui n'ont encore

testé ni conseils ni recettes, 4 sur 10 se disent prêtes à modifier leurs habitudes quant aux modes de cuisson et aux graisses et 1 sur 5 (des femmes principalement) en ce qui concerne les "Fruits et Légumes, la santé au naturel !".

Globalement, les femmes, qui étaient bien plus nombreuses que les hommes à demander les brochures, se montrent également plus enclines à tester ou adopter de nouvelles habitudes alimentaires. On note peu de demandes du monde étudiant et la plupart des personnes qui ont demandé une brochure étaient déjà un tant soit peu sensibilisées à l'importance de la qualité de l'alimentation.

Environ la moitié des personnes ayant demandé la brochure "Fruits et Légumes, la santé au naturel !" et les 2/3 de celles qui ont demandé la brochure "Alimentation, saveurs et santé" disent avoir appris quelque chose.

Quatre personnes sur 10 ont mis certains conseils en pratique et 1 sur 3 a testé l'une ou l'autre recette proposée.

3.5. ESTIMATION DU COÛT BÉNÉFICE

Si on essaie d'établir un lien entre le coût de la campagne et le nombre de personnes qui déclarent avoir appris quelque chose ou avoir testé certains conseils ou recettes, on obtient les chiffres suivants.

Le nombre total de brochures distribuées est d'environ 100 000 pour les 2 campagnes. En fonction du budget dépensé (60 000 €), si on considère qu'environ une personne sur 2 y a appris quelque chose, le coût pour chacune d'elles est d'environ 1,2 €. Si on considère qu'environ 1 personne sur 3 a mis en pratique certains conseils ou certaines recettes, cela revient à environ 1,8 € par bénéficiaire actif. Rappelons que la diffusion des spots a bénéficié de la gratuité.

L investissement par personne ayant déclaré avoir appris quelque chose peut être estimé à environ 1,2 €. Ce chiffre monte à 1,8 € si on considère les personnes qui ont testé certaines propositions de la brochure.

3.6. APPRÉCIATION DES SPOTS TÉLÉVISÉS ET RADIODIFFUSÉS

Des questions portant sur l'appréciation des spots ont également été posées aux répondants. Nous avons été surpris de constater que relativement peu de personnes se souvenaient du contenu du spot : elles se souvenaient surtout du Numéro Vert de la Communauté française et de l'offre de brochures. En général, les personnes interrogées se souviennent du ton du spot, à savoir amusant, relativement proche de la vie quotidienne. Ils en gardent une bonne impression générale sans pouvoir pour autant en décrire le contenu.

Les spots ont été un point d'appel important par rapport à la distribution des brochures mais n'ont pas constitué en soi une information au contenu éducationnel persistant.

4. DE CES CONSTATS ON RETIENDRA

60 000 brochures "Alimentation, saveurs et santé" et 40 000 brochures "Fruits et Légumes, la santé au naturel !" ont été distribuées. 183 personnes ont répondu le plus souvent avec beaucoup de bienveillance à une enquête téléphonique d'évaluation. Avec 2 personnes sur 3 qui déclarent y avoir appris quelque chose et 4 sur 10 ayant mis certaines propositions en pratique, la brochure "Alimentation, saveurs et santé" semble avoir eu un peu plus d'impact que la brochure "Fruits et Légumes, la santé au naturel !" pour laquelle 1 personne sur 3 dit y avoir appris quelque chose et 1 sur 3 avoir mis certains conseils ou propositions en pratique.

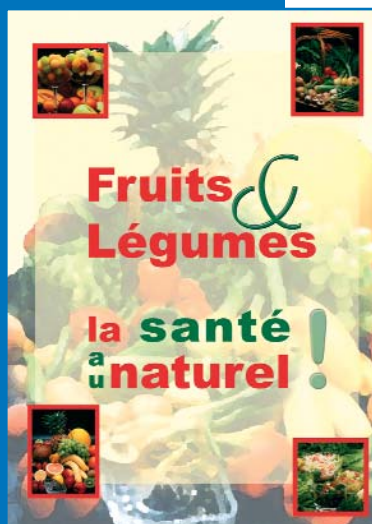
Les demandes provenant de la province du Hainaut ont été particulièrement importantes. Une des raisons est sans doute la bonne couverture de la campagne via la presse écrite. Une autre raison pourrait être liée à un niveau d'intérêt croissant pour la santé dans la province.

L'impact de la campagne semble essentiellement lié à l'association entre les spots diffusés par la télévision ou la radio et la distribution de brochures. Il est probable qu'une seule voie de communication n'aurait pas eu le même effet. Le rôle de la distribution par les différents relais n'est pas non plus à sous estimer. Enfin, vu le succès des brochures, celles-ci vont être rééditées et restent donc disponibles auprès de l'OSH ou de la Fondation pour la Chirurgie Cardiaque.

La brochure a probablement touché une portion du public particulièrement intéressée d'avoir de l'information, prête à modifier ses comportements de santé, sans pour autant être en demande d'un programme d'accompagnement en matière de promotion de la santé au sens plus large du terme.

5. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Christiansen G. Evaluation - Un instrument d'assurance qualité dans la promotion de la santé, Research and Practice of Health Promotion. Cologne : BzgA (D) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2000.
- (2) Wilson P. How to find the good and avoid the bad or ugly : a short guide to tools for rating quality of health information on the internet. BMJ 2002 ; 324 : 598-602.
- (3) Atkin C. Impact of Public Service Advertising : Research Evidence and Effective Strategies - Project conducted for Kaiser Family Foundation, Michigan State University, 2001.
- (4) Hillsdon M, Cavill N, Nanchahal K, Diamond A, White IR. National level promotion of physical activity results from England's ACTIVE for LIFE campaign. J of Epidemiology and Community Health 2001 ; 55 : 755-761.
- (5) CFES. Questionnaire Post-Test - Tronc commun standard. CFES, sd.



Chapitre III

DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

- 1. Introduction**
- 2. Quoi de neuf avec le programme de
dépistage du cancer du sein ?**
- 3. Chronologie du programme**
- 4. Bilan du début de programme au
31 décembre 2003**
- 5. De ces constats on retiendra**

1. INTRODUCTION

Le Programme de dépistage du cancer du sein a débuté en 2002. Ce programme de prévention invite toutes les femmes de 50 à 69 ans à effectuer un mammotest auprès d'un centre de radiologie agréé. Le mammotest permet de détecter une ou des anomalies dans le sein. De nos jours, une femme sur 11 à 12 est atteinte au cours de sa vie d'un cancer du sein, généralement après 50 ans. Beaucoup de ces cancers pourraient être guéris s'ils étaient traités au début de leur développement.

Le Ministère fédéral de la santé finance le coût des clichés et de leur double lecture. La Communauté française coordonne le programme et finance une partie de sa gestion. En Wallonie, cette dernière a été confiée aux provinces. Les provinces gèrent le programme localement : circulation des clichés, double et triple lecture, transmission des résultats, coordination avec les médecins prescripteurs (généralistes et gynécologues essentiellement), information des femmes potentiellement bénéficiaires, suivi et évaluation locale du programme, diffusion des résultats dont ce chapitre est un début.

Pour ce faire, la Province finance elle-même la moitié des coûts locaux engendrés par l'organisation du programme.

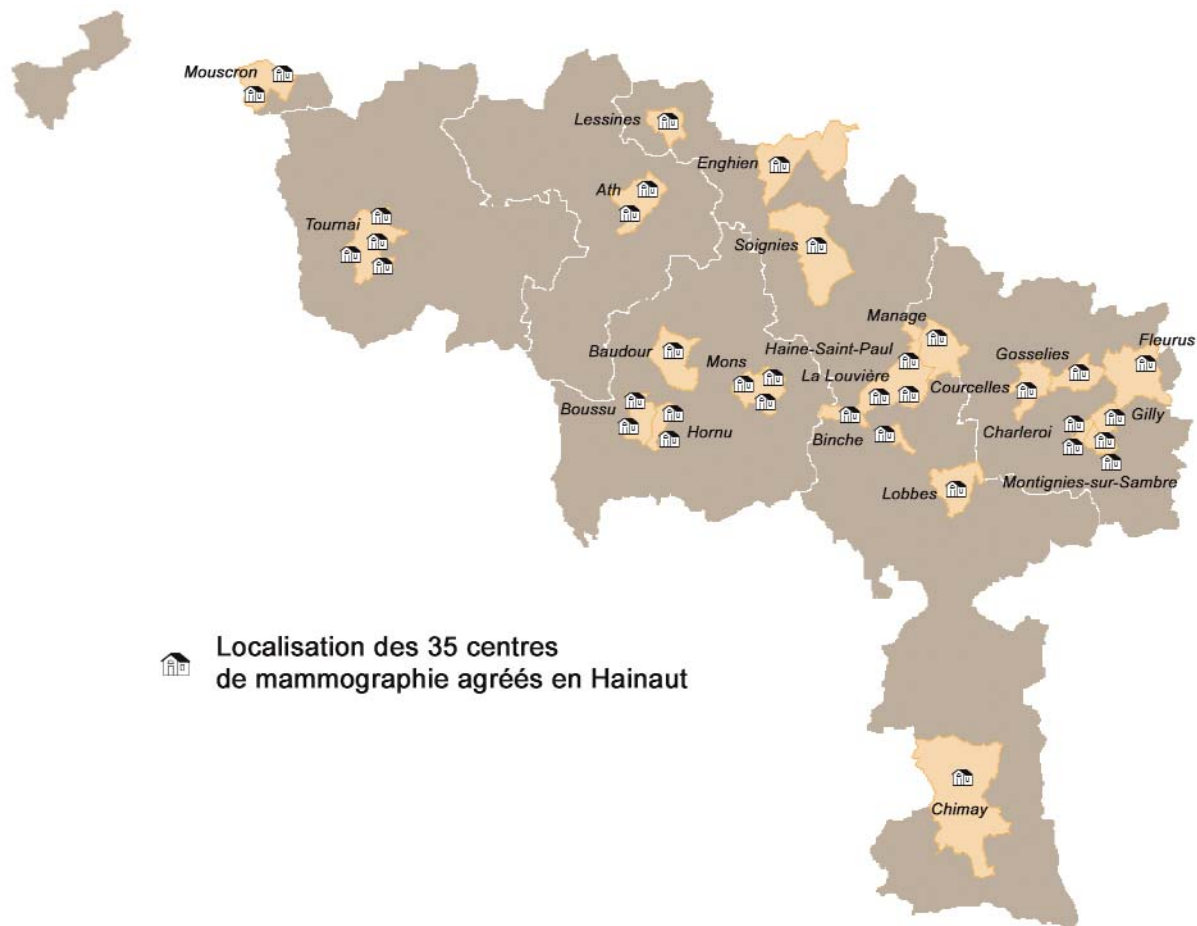
2. QUOI DE NEUF AVEC LE PROGRAMME NATIONAL DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN ?

Dépister le cancer du sein n'est pas une idée neuve. Depuis la fin des années 70, la mammographie est devenue de plus en plus fréquente et accessible. Selon une étude des mutualités socialistes, en 1997-98, 30% de leurs affiliées avaient fait un dépistage par mammographie. Selon les enquêtes nationales de santé de 1997 et 2001, respectivement 51,2% et 63,1% des femmes de 50 à 70 ans ont bénéficié d'une mammographie dans les deux années précédentes en Belgique, 68,9% et 78,6% à Bruxelles. En Hainaut, elles étaient respectivement 48,9% en 1997 et 69,5% en 2001.

Ce qu'apporte le programme :

- ▶ 1. La notion de couverture sanitaire : l'objectif est de toucher toutes les femmes et surtout celles bien sûr qui n'ont pas recours habituellement à ce type de dépistage. Une invitation est envoyée à chaque femme de 50 à 69 ans tous les deux ans. Celle-ci permet de se rendre directement dans un centre agréé et de bénéficier de l'examen gratuit. Cet examen est également possible sur base d'une prescription médicale.
- ▶ 2. Améliorer les performances de dépistage : l'agrément des centres atteste de l'adéquation de leur équipement aux normes de qualité en vigueur et de la compétence des radiologues, sénologues qui y travaillent. La double lecture améliore la qualité des résultats. Lorsqu'il y a discordance, une 3^{ème} lecture est organisée. L'augmentation du nombre des clichés effectués dans chaque centre et leur contrôle entre pairs par la deuxième lecture ne pourra qu'améliorer la qualité des résultats des examens réalisés.
- ▶ 3. L'évaluation du programme. L'enregistrement des cas permet de suivre le taux de couverture sanitaire et de contrôler la qualité du programme selon les critères définis par des experts scientifiques au niveau européen.

Carte 1 : Localisation des centres de mammographie agréés en Hainaut



Source : OSH, 2002-2003

► Difficultés rencontrées

Le bilan sénologique complet comprenant mammographie, échographie et examen clinique est parfois préféré par le médecin et la patiente. La patiente peut bénéficier d'une mise au point immédiate, mais ne bénéficie pas systématiquement de toutes les assurances de qualité du programme et contribue personnellement au coût de l'examen.

Les femmes qui viennent d'avoir une mammographie ou qui souffrent malheureusement d'un cancer reçoivent quand même une invitation, ce qui peut être psychologiquement difficile mais est impossible à éviter lors de la première invitation.

3. CHRONOLOGIE DU PROGRAMME

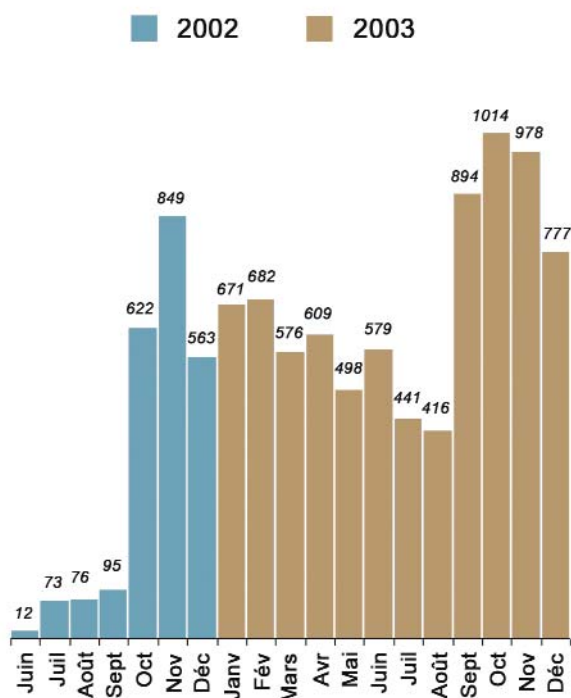
- ▶ Novembre 2000 : accord interministériel fixant les modalités de collaboration entre les différents niveaux de pouvoir pour le programme de dépistage du cancer du sein.
- ▶ Mai 2001 : avenant à l'accord précisant différent aspect pratique du programme.
- ▶ Juin 2001 : introduction d'un code INAMI spécifique au dépistage par mammothest et à la 2^{ème} lecture.
- ▶ Juin 2002 : premiers mammothests réalisés en Communauté française.
- ▶ Septembre 2002 : envoi des premières invitations.

4. BILAN DU DÉBUT DU PROGRAMME AU 31 DÉCEMBRE 2003

4.1. INVITATIONS ET EXAMENS : LES CHIFFRES.

Au 31 décembre 2003, 106 822 invitations ont été expédiées et 10 422 examens réalisés.

Figure 1 : Nombre de mammothests réalisés au 31 décembre 2003



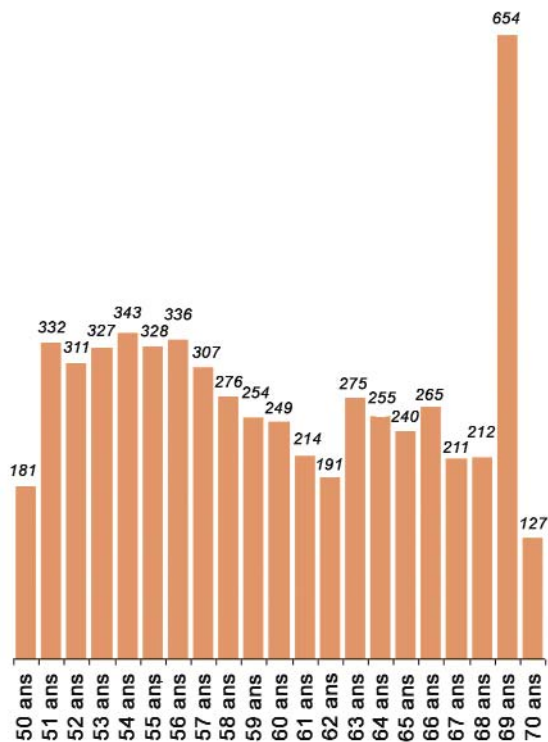
En 2002, les personnes nées un jour pair entre août et décembre ont été invitées ainsi que toutes les personnes nées en 1933 et qui étaient donc près d'atteindre la limite d'âge pour pouvoir bénéficier du programme. De janvier à décembre 2003, les personnes nées un jour impair entre janvier et décembre ont été invitées ainsi que presque toutes les personnes nées en 1934. Un système de rappel a été mis en place entre août et décembre 2003.

En général, l'envoi d'invitations est suivi dans le mois qui suit d'une augmentation du nombre de mammothests. Toutefois, le taux de réponse reste faible : 9,75%. D'une commune à l'autre, ce taux peut varier de 3 à 14%. Les variations géographiques doivent être interprétées avec prudence car les unités agréées n'ont pas toutes commencé leurs activités en même temps. Avec l'envoi des rappels, on assiste à une augmentation du nombre de mammothests à partir de septembre 2003.

Source : OSH, 2002-2003

4.2. L'ÂGE DES PARTICIPANTES

Figure 2 : Nombre de participantes selon l'âge



On note une plus grande participation des femmes de 50 à 59 ans par rapport aux femmes de 60 à 68 ans. Le nombre élevé de femmes âgées de 69 ans s'explique par le fait que toutes les femmes de cet âge ont été invitées durant la période analysée alors que seulement trois quart des autres femmes ont été invitées pendant la même période.

Source : OSH, 2002-2003

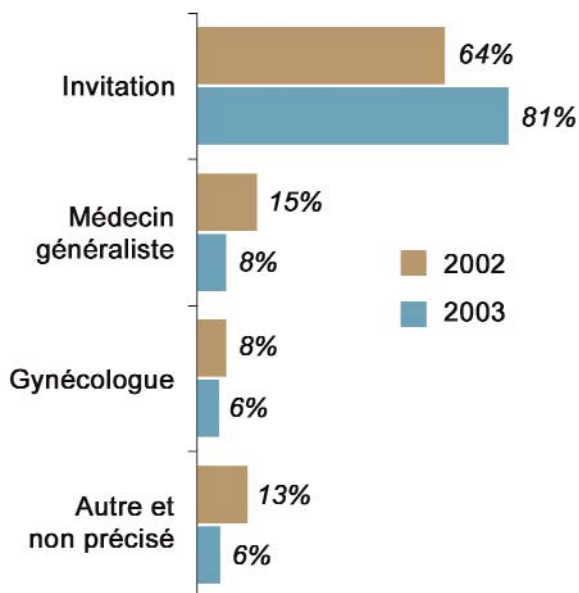
4.3. LE PROGRAMME EST-IL ACCESSIBLE À TOUTES ?

Nous ne disposons pas d'information précise sur la catégorie sociale des femmes qui participent au programme de dépistage du cancer du sein. Toutefois, nous pouvons dire que 24% des participantes du Hainaut font partie des catégories ayant droit à un remboursement majoré des soins de santé. Environ 26% de l'ensemble des habitantes du Hainaut de 50 à 69 ans font partie de cette catégorie, ce qui est du même ordre de grandeur pour les participantes au programme de dépistage.

C'est vraisemblablement pour ces personnes que le facteur de la gratuité devrait jouer le plus.

4.4. LES MOTIFS DE PARTICIPATION

Figure 3 : Les motifs de participation (n=2290 [2002], n=8118 [2003])



Lorsqu'on demande aux femmes les raisons qui les ont amenées à faire un mammoth, 9% citent leur médecin généraliste et 6% leur gynécologue. La raison la plus fréquente est l'invitation: 77%. La diminution progressive du pourcentage de femmes qui déclarent être venues sur le conseil de leur médecin s'explique par le retard, actuellement comblé, avec lequel les premières invitations ont été envoyées (les premières en septembre 2002).

Source : OSH, 2002-2003

4.5. LES ANTÉCÉDENTS DE MAMMOGRAPHIE

Cette information se base sur les déclarations des participantes. Elle est disponible depuis octobre 2002 : sur 10 165 femmes vues entre cette date et décembre 2003, 1747 (17%) déclarent n'avoir jamais fait de mammographie auparavant, 3903 (38%) déclarent en avoir fait une il y a plus de 2 ans ou à une date inconnue, 3915 (39%) déclarent en avoir fait une il y a 2 ans ou moins et 600 (6%) n'ont pas répondu à la question.

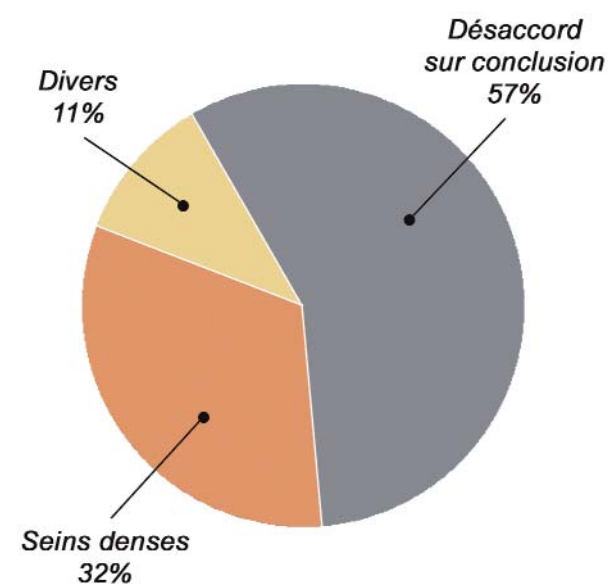
On peut donc dire qu'environ 6 participantes sur 10 n'étaient pas ou plus suivies régulièrement.

4.6. LES RAISONS D'UNE TROISIÈME LECTURE

Lorsque les avis des deux radiologues qui ont examiné les clichés divergent soit sur les recommandations à observer, le caractère bénin ou malin, le type ou la localisation des lésions, une 3^{ème} lecture est organisée. Deux radiologues revoient ensemble le dossier et donnent un avis définitif.

Une 3^{ème} lecture a eu lieu dans 25% des examens réalisés. Les causes de troisième lecture ont été analysées pour la période de juin 2002 à juin 2003.

Figure 4 : Cause d'une 3^{ème} lecture (n=1437)



Dans un peu plus d'un cas sur 2 (57%), il s'agit d'un désaccord sur la conclusion. Dans 1 cas sur 3, cette 3^{ème} lecture est motivée par la densité de la glande mammaire qui ne permet pas de tirer des conclusions et nécessite alors la réalisation d'une échographie complémentaire.

Source : OSH, 2002-2003

4.7. RÉSULTATS DES MAMMOTESTS ET NOMBRE DE CANCERS DÉTECTÉS

Conclusions de 2 ^{ème} lecture	Nombre	%
Examen normal	8 452	81,1
Mise au point immédiate	1 251	12,0
Contrôle à 6 mois	100	1,0
À refaire	30	0,3
Echo pour seins denses	589	5,7
Total	10 422	100,0

Source : OSH, 2002-2003

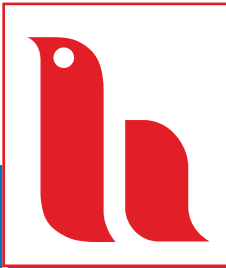
Pour la période allant jusque juin 2003, nous avons reçu 598 bilans sur les 1048 cas nécessitant un rappel pour investigation complémentaire (soit 57% des dossiers). Parmi ces 598 bilans dont le résultat nous est connu, il y avait 45 cancers. Le taux de cancer parmi les mammotests est de 45 sur 5902 mammotests réalisés soit 7,6%, ce qui est légèrement supérieur au taux attendu dans une population régulièrement soumise au dépistage, mais la différence n'est pas statistiquement significative. Il est probable que la proportion de cancers dans les cas où le bilan diagnostique ne nous a pas été renvoyé est beaucoup plus faible que lorsque le bilan nous est revenu.

5. DE CES CONSTATS ON RETIENDRA

Le programme de dépistage du cancer du sein a permis de mettre en place un système de contrôle de qualité qui améliore la fiabilité des résultats du dépistage par mammographie. La mise à niveau du matériel bénéficie également aux examens diagnostiques. La double lecture est une garantie supplémentaire pour la patiente.

Au terme d'une année et demi de fonctionnement, le programme de dépistage du cancer du sein a permis de contacter des personnes qui ne pratiquaient pas de dépistage régulièrement et de découvrir des cancers. Toutefois, le taux de participation reste faible. La systématisation des rappels et une meilleure information à propos du dépistage dans les années qui suivent doivent permettre d'améliorer ces chiffres.

Notons aussi que l'amélioration de la couverture passera non seulement par une meilleure mobilisation du corps médical et de l'ensemble des acteurs de santé en général, mais aussi par des interactions plus systématiques avec des groupes de citoyens (groupements féminins par exemple).



- Une information sanitaire
 - Des programmes
 - Des outils
 - Des partenaires

Observatoire de la Santé du Hainaut

Institut Provincial de Promotion de la Santé
rue Saint Antoine 1 - 7021 HAVRÉ - BELGIQUE

☎ : 32(0)65 87 96 00

Fax : 32(0)65 87 96 79

E-mail : observatoire.sante@hainaut.be

Web : <http://observatoiresante.hainaut.be>