

Santé en Communauté française

5

La santé des 18-30 ans : de multiples chemins pour se construire.



Direction Générale de la Santé

Septembre 2010

Sommaire

- **La politique de santé : quoi de neuf ?** p. 1
- **La santé des 18-30 ans : de multiples chemins pour se construire.** p. 2
- Pas facile d'être un jeune adulte... ou plutôt à chaque âge suffisent ses réalités... p. 2
- Epidémiologie des traumatismes chez les jeunes adultes en Communauté française p. 4
- La dépendance à une substance chez les jeunes adultes p. 9
- Les orientations prises par la Communauté française en matière de programmes de promotion de la santé à destination des jeunes adultes p. 12
- Quelques programmes subventionnés par la Direction générale de la santé :
- - Promotion de la santé des étudiants, les points santé p. 13
- - « Ne perds pas la musique. Protège tes oreilles » p. 15
- - L'atelier cuisine équilibrée et multiculturelle de Bernissart : un exemple d'action communautaire à destination de jeunes adultes p. 18
- - Handicap et Santé : promotion de la vie affective et sexuelle des personnes handicapées motrices p. 20
- **Un outil à votre disposition** p. 22

La politique de santé : quoi de neuf ?

Le 1er juillet dernier, la Direction générale de la santé a accueilli son nouveau directeur général, le docteur Serge Carabin.

Vous pouvez adresser un courrier au Dr Carabin à l'adresse suivante : Dr Serge Carabin, Directeur général, Direction générale de la santé, 44 boulevard Leopold II à 1080 Bruxelles ou par voie électronique à l'adresse : serge.carabin@cfwb.be

Evaluation des dispositifs de politique de santé en Communauté Française.

Cette évaluation, prévue par le décret du 26 mars 2009 modifiant le décret de promotion de la santé du 14 juillet 1997, a fait l'objet d'un appel d'offre basé sur un cahier spécial des charges rédigé par la Ministre de la Santé Fadila Laanan. Un premier cahier des charges a été proposé par le Conseil Supérieur de Promotion de la Santé fin octobre 2009, puis, la Ministre ayant décidé d'élargir le champ de l'évaluation à l'ensemble de ses compétences santé, a étoffé le contenu, les finalités et les objectifs de l'évaluation souhaitée. Il s'agit donc d'étudier et d'évaluer toute la politique de prévention, et de promotion de la santé au sens le plus large, y compris toute la législation sur laquelle elle s'appuie.

L'appel d'offre, clôturé le 30 juin 2010, a été attribué à la société « Perspective Consulting », seul candidat à soumettre une proposition. Le travail devrait se terminer au début de l'année 2011 (février ou mars). Un comité d'accompagnement suivra le travail d'évaluation à raison d'une réunion par mois. Ce comité sera composé, conformément au souhait de la Ministre, du Directeur général de la santé, Dr Serge Carabin, de la Présidente du Conseil de promotion de la santé, Chantal Leva, et de deux représentants du Cabinet de la Ministre.

Afin de garder une cohérence entre le programme quinquennal de promotion de la santé et les résultats à exploiter de l'évaluation, un décret voté le 7 juillet 2010 (modifiant le décret de promotion de la santé du 14 juillet 1997) prolonge le programme quinquennal jusqu'au 31 décembre 2011. Ce décret a également permis à la Ministre de prolonger de deux ans les agréments des services agréés de promotion de la santé tombant à échéance au cours de cette année 2010. Cette prolongation vise à permettre l'exploitation des résultats de l'évaluation avant le renouvellement de tout agrément.

La santé des 18 - 30 ans : de multiples chemins pour se construire

Pas facile d'être un jeune adulte... ou plutôt à chaque âge suffisent ses réalités...

Le passage de l'adolescence (que l'on qualifie souvent de période trouble) vers l'âge adulte ne devrait être en soi qu'une nouvelle étape de l'existence, de la vie. Or, à l'heure actuelle, devenir adulte ne va pas toujours de soi.

En effet, comme le rappelle Gaudet (2001)¹, « on admet volontiers que la séquence d'évènements d'ordres familial et professionnel qui caractérisait l'entrée dans la vie d'adulte pour les générations précédentes ne correspond guère aux trajectoires actuelles des jeunes ».

D'une part, cette période de transition, « d'entre-les-deux », que l'on prénomme aussi « postadolescence », peut durer plus ou moins longtemps suivant les « itinéraires de vie » empruntés. D'autre part, cette période est imprégnée d'incertitudes, d'attentes, de nouveaux défis, mais est également marquée par la détermination et/ou le devoir d'opérer des choix qui engageront les jeunes adultes dans un avenir proche.



Copyright : © Dircom/MCF-www.
phototheque.cfwb.be

1. Gaudet (2001), cité par Service Education permanente Question Santé asbl, (2007), *Etre adulte aujourd'hui, question de maturité ou de pouvoir d'achat ?* in www.questionsante.be

2. Anatrella (1988), *Interminables adolescences, Les 12/30 ans, Ethique et Société*, Cerf/Cujas, pp. 127-140

Si certains d'entre eux vont très vite revendiquer le besoin d'être indépendants et de s'assumer pleinement, d'autres quitteront la cellule familiale sur le tard préférant la sécurité du cocon familial. Certains s'essayeront dans une relation amoureuse stable et constructive, ils apprendront d'ailleurs « la parentalité », alors que d'autres privilégieront des expériences relationnelles et de passage. De nombreux jeunes poursuivront leur formation scolaire au-delà de 25 ans avant de se lancer dans une carrière professionnelle. Nourrissent-ils une certaine crainte d'affronter ce « nouveau monde » ?

Certains d'entre eux trouveront rapidement un épanouissement professionnel alors que d'autres, faute de formation, d'opportunité et/ou de compétence, souffriront d'importantes difficultés d'insertion professionnelle avec, à la clé, des revenus instables, voire faibles, et le risque d'une confrontation avec la précarité, voire l'exclusion sociale.

C'est aussi, selon Anatrella (1988)², une période empreinte d'ambiguïté et d'ambivalence où le jeune va tenter d'emprunter plusieurs directions par le biais d'expériences diverses. « Cette expérimentation va parfois conjuguer toute une gamme de conduites allant dans des directions opposées. Le sublime ira ainsi côtoyer le pervers ». Le jeune adulte peut s'engager à la fois dans de nombreux projets divergents et aussi contradictoires.

Enfin, si à 18 ans, on a souvent la tête pleine de projets, l'approche de la trentaine est souvent l'occasion de faire un premier bilan !

Alors, « jeune adulte », « 18 – 30 ans », « postadolescent », voire « adolescent », chacun aura sa propre appellation pour désigner la période qui se situe entre l'adolescence et l'achèvement de la maturité psychique et sociale, c'est-à-dire l'âge adulte.

Quoiqu'il en soit, lorsqu'on évoque les « jeunes adultes », différentes questions émergent. Quelle est la place réservée à ces jeunes adultes dans notre société contemporaine ? Quelles difficultés d'insertion sociale et professionnelle rencontrent-ils ? Comment vivent-ils les réalités sociétales et contemporaines (société de surconsommation, de compétitivité, de défis, de challenge perpétuel mais également, instabilité économique, inégalités sociales, etc.) ? Comment autant d'incertitudes affectent-elles leur bien-être psychologique ? Que met-on en place pour les aider à franchir ce nouveau cap ?

Alors, ce passage vers le monde des « adultes » est-il empreint de vulnérabilité ?

De nombreuses études le démontrent. En Belgique, les principales causes de décès chez les jeunes adultes sont liées aux traumatismes, conséquences d'accidents de la route et/ou de suicide. En effet, les accidents de circulation touchent tout particulièrement les 15-24 ans et le taux d'accidents entraînant un traumatisme grave, voire le décès, est près de deux fois supérieur par rapport aux autres classes d'âges. Quant aux suicides, ils représentent la première cause de mortalité chez les 25-44 ans et la seconde chez les 15-24 ans³. Les comportements de consommation à risques persistent et cela même si certains d'entre eux ont évolué différemment ces dernières années (augmentation du binge drinking, usage instable de produits dont les motivations peuvent varier fortement d'un moment à l'autre, consommation de produits plutôt abusive et fortement liée à des moments spécifiques à forte connotation sociale, etc.)⁴.

Mais paradoxalement, 94 % des individus âgés de 15 à 24 ans évaluent leur propre santé comme « bonne »⁵ !

Nous le voyons, loin d'être un public « homogène », cette catégorie d'âge présente également ses problématiques et difficultés et de nombreux facteurs peuvent influencer la manière dont ces adultes « en devenir » s'identifieront dans l'avenir.

C'est pourquoi, au sein de la Communauté française, ce public de jeunes adultes est abordé via plusieurs portes d'entrée: d'une part, les services PSE qui leur accordent une attention particulière notamment via les points santé destinés aux étudiants du supérieur et, d'autre part, ils constituent le public cible de diverses associations (Infor Jeunes, Univers Santé, Prospective Jeunesse,...) et font également l'objet d'actions ou de programmes plus spécifiques centrés sur les risques qui leur sont propres (milieu festif, consommation d'alcool, addictions, traumatismes, suicide,...). Bien sûr, les 18 -30 ans sont également ciblés dans les programmes d'action communautaire en Promotion de la santé (PPAS, PCO cardio-vasculaire, ...).

Dominique Doumont & Karine Verstraeten

CONTACT

Unité d'Education pour la Santé (RESO)
Université catholique de Louvain,
Clos Chapelle aux champs 30 Bte 30 01
B-1200 Bruxelles.

Personne de Contact : Dominique Doumont
Tél : 02/764.32.85 ou 02/764.32.80
dominique.doumont@uclouvain.be
www.uclouvain.be/reso

3. Godin I., de Smet P.; Favresse D., Moreau N., Parent F., (2007), *Tableau de bord de la santé en Communauté française de Belgique, SCPS SIPES (ESP-ULB)*, Bruxelles, pp 124-127.

4. Godin I., Decant P., Moreau N., de Smet P.; Boutsen M., (2008), *La santé des jeunes en Communauté française de Belgique, Résultats de l'enquête HBSC 2006, SCPS SIPES (ESP-ULB)*, Bruxelles, 63 pages.

5. Demarest S., Drieskens S., Gisle L., Hesse E., Tafforeau J., Van der Heyden J., (2010), *Enquête de santé 2008, Rapport I, Etat de santé, résultats principaux, Direction opérationnelle Santé publique et surveillance (WIV-ISP)*, Bruxelles, 32 pages.

6. CDC & OMS. Lignes directrices pour la surveillance des traumatismes. 2004. Accessible via : <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924254583X.pdf> (Consulté le 2 mai 2010).

7. Bazelmans C., Bantuelle M., Levéque A., Senterre C., Van Bastelaer C. La prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité. Cahier 5 du Tableau de bord de la santé en Communauté française de Belgique. SIPES. 2007. Accessible via : <http://www.ulb.ac.be/esp/sipes/> (Consulté le 2 mai 2010).

8. OMS. Rapport sur la prévention des traumatismes chez l'enfant. 2008. Accessible via : http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/fr/index.html (Consulté le 2 mai 2010).

9. HBSC pour Health Behaviour in School-aged Children's.

10. Monniello G. Le jeune adulte et son analyse. Adolescence. N°67, pp:3-4. 2009.

11. « Un thésaurus est un répertoire organisé de termes sélectionnés et normalisés pour l'analyse de contenu et le classement des documents d'information [...] ». Extrait de « La veille scientifique : l'utilisation de PubMed », disponible sur le site de l'INSERM. (http://infodoc.inserm.fr/PubMed/Mesh-3/31_Defthsr.htm - Consulté le 26 avril 2010).

12. « Base de données bibliographiques produite par la bibliothèque nationale américaine de médecine [...] ». Extrait du glossaire de l'aide à la recherche du site CISMef - Catalogage et Indexation des Sites Médicaux Francophones (<http://www.chu-rouen.fr/cismef/aide/glossaire.html#Medline> - Consulté le 26 avril 2010).

13. Le CORPH (Centre for Operational Research in Public Health), qui est une unité de recherche de la Section épidémiologie de l'Institut Scientifique de Santé Publique, a reçu un mandat des Communautés française et flamande pour développer une application software appelée SPMA (Standardized Procedures for Mortality Analysis). Le but de cette application est de faciliter l'analyse des statistiques de naissance et de mortalité à partir d'une interface proposant des procédures standardisées : choix du type de mortalité (générale ou par cause spécifique – cause répertoriée suivant la classification internationale des maladies [CIM10]), de la (des) catégorie(s) d'âge, du sexe, de la localisation géographique, etc. (<http://www.iph.fgov.be/epidemiol/spma/index.htm> - Consulté le 26 avril 2010).

Epidémiologie des traumatismes chez les jeunes adultes en Communauté française

Les traumatismes... un problème majeur de santé publique

« Les traumatismes, intentionnels ou non, représentent un important problème de santé publique »⁶. Dans l'Union Européenne, ils représentent la principale cause de décès parmi les moins de 40 ans et bien que ces traumatismes touchent tous les individus, les jeunes et les personnes âgées sont plus particulièrement touchés⁷. « Dans l'ensemble du monde, les traumatismes sont une cause majeure de mortalité chez l'enfant et provoquent chaque année 950.000 décès d'enfants et d'adolescents âgés de moins de 18 ans »⁸. A côté de cette mortalité importante, une morbidité non négligeable existe aussi. En 2005, en Belgique, 12,2% des enfants fréquentant les consultations O.N.E ont eu au moins un type d'accident domestique (chute, morsure, brûlure ou autre) et dans l'enquête HBSC sur les comportements de santé des jeunes menée en 2002, 33,3% des jeunes interrogés ont déclarés avoir été blessés ou soignés suite à un « accident »⁹.

Qu'en est-il des « jeunes adultes » ?

Les données disponibles, tant au niveau national qu'au niveau international, montrent que les jeunes enfants et les adolescents sont particulièrement à risque en terme de mortalité et de morbidité.

Mais qu'en est-il des jeunes adultes ?

Bien qu'il n'existe, a priori, aucun consensus international de ce qu'on entend par « jeune adulte », mis à part le fait qu'il s'agit d'une « période de la vie (qui) est distincte et de l'adolescence et de la maturité dite adulte », il est courant d'utiliser l'âge comme critère de sélection pour aborder épidémiologiquement cette partie de la population. En effet, lorsqu'on consulte le thésaurus¹¹ de la base de données Medline¹², la « définition » qui est donnée est la suivante : « A person between 19 and 24 years of age ».

Cependant, étant donné que nous nous proposons d'illustrer l'épidémiologie des traumatismes chez les jeunes adultes à partir des données issues de l'application SPMA¹³ (pour les données relatives à la mortalité) et de l'Enquête de Santé par Interview HIS (pour les données relatives à la morbidité), nous sélectionnerons nos « jeunes adultes » à partir des catégories d'âge préexistantes dans ces deux sources de données. Il s'agira donc des « 15 – 24 ans »¹⁴.

De plus, il est connu que, dans le champ des traumatismes, « les garçons ont une nette surmortalité et surmorbidité par rapport aux filles »¹⁵, que les sujets de sexe masculin ont aussi « des comportements à risque extrêmement différenciés »¹⁶ et que « les jeux avec les risques, le soin des corps, le souci de soi, la préoccupation de sa santé, [...] se rattache(nt) spontanément une représentation sexuée »¹⁷. Dès lors, les données de cet article seront, le plus souvent, présentées selon le sexe.

En termes de mortalité...

En 2004, il y a eu 101.255 décès en Belgique. Parmi ceux-ci, 661 concernaient des sujets ayant entre 15 et 24 ans. Ramené à l'ensemble des jeunes de cette tranche d'âge, cela représente un taux brut de mortalité de 52,5 décès pour 100.000 jeunes de 15 à 24 ans. Si l'on s'intéresse aux causes de décès, on note, au niveau national, que le suicide et les accidents de transports sont, quelque soit le sexe de l'individu, les deux premières causes de décès dans cette classe d'âge. En effet, 41 décès sur 100 sont le fait d'un accident de transport tandis que 23 décès sur 100 sont dus à un suicide.

En Communauté française, si l'on regarde la situation, par sexe (voir la figure 1), on observe une situation en défaveur des jeunes hommes pour ces deux principales causes. En effet, en 2004, 40,6% des décès chez les jeunes hommes étaient dus à des accidents de transport contre 29,5% chez les jeunes femmes tandis que 21,4% des décès chez les jeunes hommes étaient des suicides contre 18,0% chez les jeunes femmes.

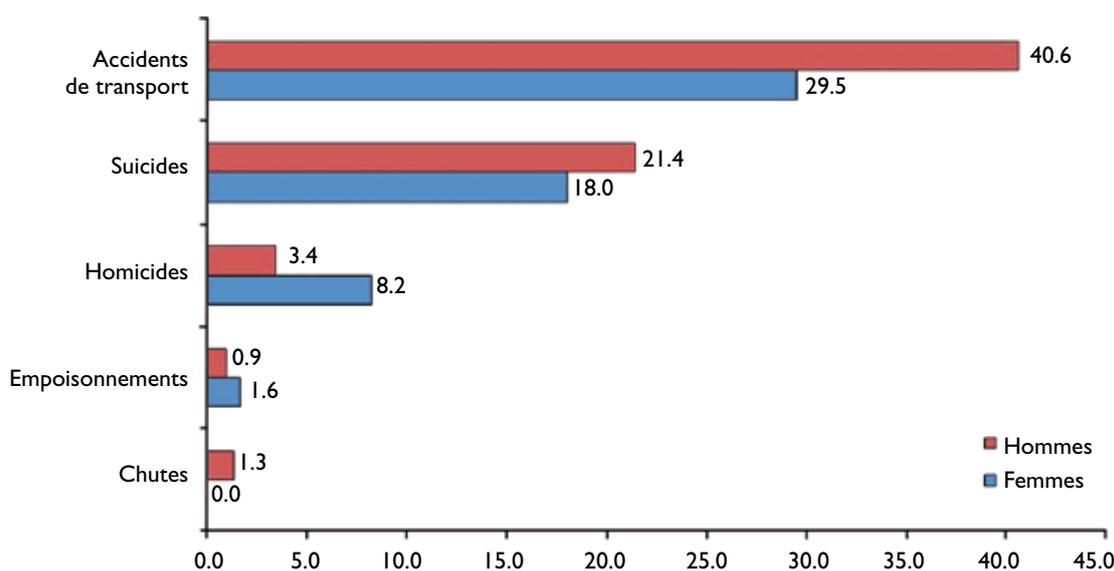


Figure 1 : Ratio proportionnel de mortalité¹⁸ (en pourcent), pour l'année 2004 chez les jeunes adultes de 15 à 24 ans résidant en régions bruxelloise et wallonne, pour les accidents de transport, les suicides, les homicides, les empoisonnements et les chutes.

En termes de morbidité...

Les traumatismes domestiques, de la route, du travail ou de loisir

Environ 12% des jeunes adultes résidant en régions bruxelloise et wallonne, interrogés, en 2004, lors de l'Enquête nationale de Santé par Interview, ont rapporté avoir été « victime d'au moins un traumatisme ayant nécessité une consultation médicale au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête ». Cette proportion est significativement ($p < 0.001$) plus élevée

14. Et afin de s'approcher du « territoire » de la Communauté française, nous avons sélectionné, dans la mesure du possible, les données des régions wallonne et bruxelloise.

15. Si l'on prend l'exemple des comportements suicidaire « l'une des constatations les plus régulières est la plus forte représentation des hommes par rapport aux femmes dans les statistiques de décès par suicide. Le rapport observé peut varier, selon les contextes du double au quadruple. Il est important de noter que lorsqu'on prend comme référence la tentative de suicide, le rapport s'inverse : on observe plus de tentatives chez les femmes, en particulier à l'adolescence et au début de l'âge adulte, que chez les hommes » (Senterre C., Bantuelle M., Levéque A., Prévention du suicide. Aperçu général des connaissances en suicidologie et situation en Communauté française de Belgique. Ecole de Santé Publique de l'ULB. 2006. Accessible via : <http://www.ulb.ac.be/esp/epitrau-mac> (Consulté le 2 mai 2010).

16. Le Breton D. Conduites à risque, le grand écart. La santé de l'Homme. N° 372. 2004.

17. Le corps P. Masculin, féminin, la question du genre. La santé de l'Homme. N° 372. 2004.

18. Le ratio proportionnel de mortalité exprime le rapport entre le nombre de décès dus à une cause spécifique et le nombre total de décès, exprimé en pourcent.

19. La notion de collision, sous entend le concept « d'entrer en contact avec quelqu'un ou quelque chose ».

chez les jeunes hommes (15,5%, n = 412) que chez les jeunes femmes (7,6%, n = 397). La figure 2 nous montre que les jeunes filles ont significativement (p = 0.030) plus d'accidents domestiques que les jeunes hommes (33,3% vs 14,1%). Et, bien que les différences observées ne soient pas statistiquement significatives, on note plus d'accidents de sport (40,6% vs 23,3%) et de la route (28,1% vs 13,3%) pour les jeunes hommes.

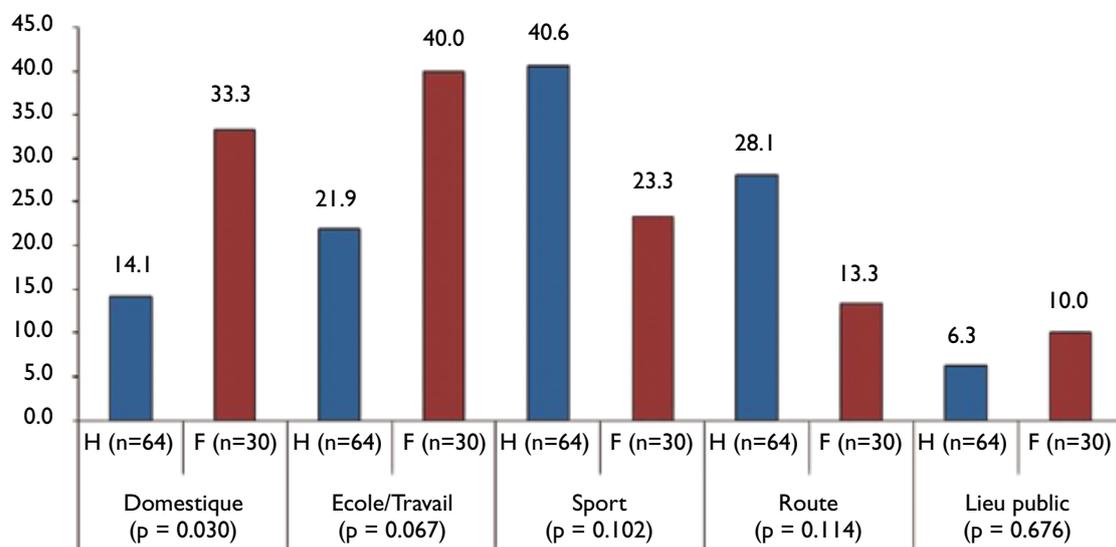


Figure 2 : Proportions, selon le sexe, des différents types de traumatismes déclarés par les jeunes de 15 – 24 ans lors de l'enquête HIS 2004.

De manière générale, sans tenir compte du sexe, les causes de traumatismes les plus fréquemment rencontrées sont les chutes (47,3%) suivies des collisions¹⁹ (25,8%) et des coupures / présence d'un corps étranger (12,9%) (Figure 3). Les autres types de causes sont : les véhicules motorisés (6,5%), l'effort physique (5,4%), l'ingestion toxique (1,1%) et le feu / la chaleur (1,1%).

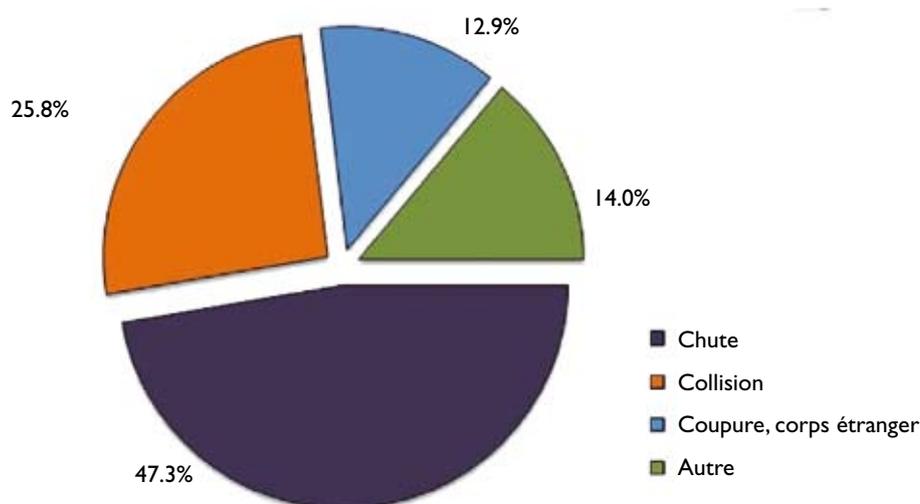


Figure 3 : Proportions des différentes causes des traumatismes observés chez les 15 – 24 ans participants à l'enquête HIS 2004 (n = 93).

Suite à leur traumatisme, les jeunes hommes ont plus souffert de fractures (27,0% vs 23,3%) tandis que les jeunes filles présentaient plus de foulures (33,3% vs 22,2%) et plus de contusions (20,0% vs 15,9%); toutefois ces différences ne sont pas statistiquement significatives (Figure 4).

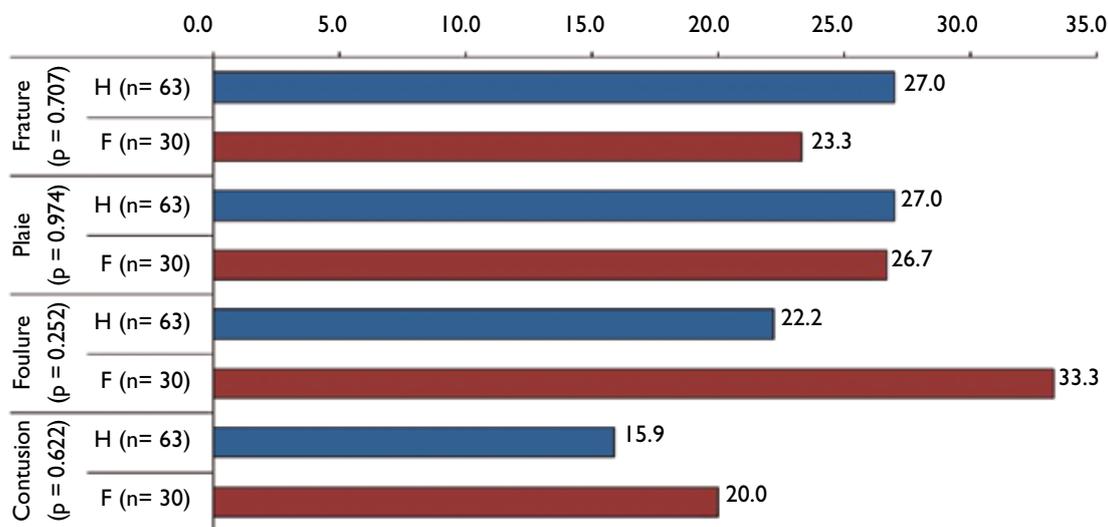


Figure 4 : Proportions, selon le sexe, des différentes conséquences des traumatismes observés chez les 15 – 24 ans participants à l'enquête HIS 2004.

Seuls 9,3% des traumatismes n'ont donné lieu à aucun traitement. Dans 4,7% des situations, le traumatisme a conduit à une hospitalisation de plus de 24 heures tandis que les autres types de soins les plus fréquemment rencontrés sont l'application d'un pansement (25,6%), d'un plâtre (23,3%) ou la suture (19,8%).

Les comportements suicidaires et la violence...

Environ 1 jeune adulte sur 5 interrogés a déclaré « avoir déjà sérieusement pensé à mettre fin à sa vie ». Ces idéations suicidaires sont significativement plus prévalentes chez les jeunes femmes (22,9% vs 16,3%). Si l'on regarde le lien entre idéations suicidaires et santé subjective, on note une proportion significativement ($p = 0.012$) plus grande « d'idées noires » chez les sujets déclarant leur santé comme « moyenne à très mauvaise » par rapport à ceux la déclarant « bonne à très bonne » (32,7% vs 18,6%). En termes de tentatives de suicide (TS), bien que la différence observée ne soit pas significative, il y a eu plus de TS rapportées par les jeunes femmes (7,1% vs 4,7%).

Parmi les jeunes adultes interrogés en 2004, dans l'enquête HIS, la proportion de « victime de violence au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête » ne diffère pas significativement selon le sexe : 17,9% chez les jeunes hommes et 15,3% chez les jeunes femmes. Les proportions de violences psychologiques déclarées sont quasi identiques dans les deux sexes (14,2% et 13,8%), tandis que la violence physique est plus souvent objectivée chez les jeunes hommes, toutefois cette différence n'est pas significativement différente de celle observée chez les jeunes filles (9,6% vs 6,3%) (voir la figure 5).

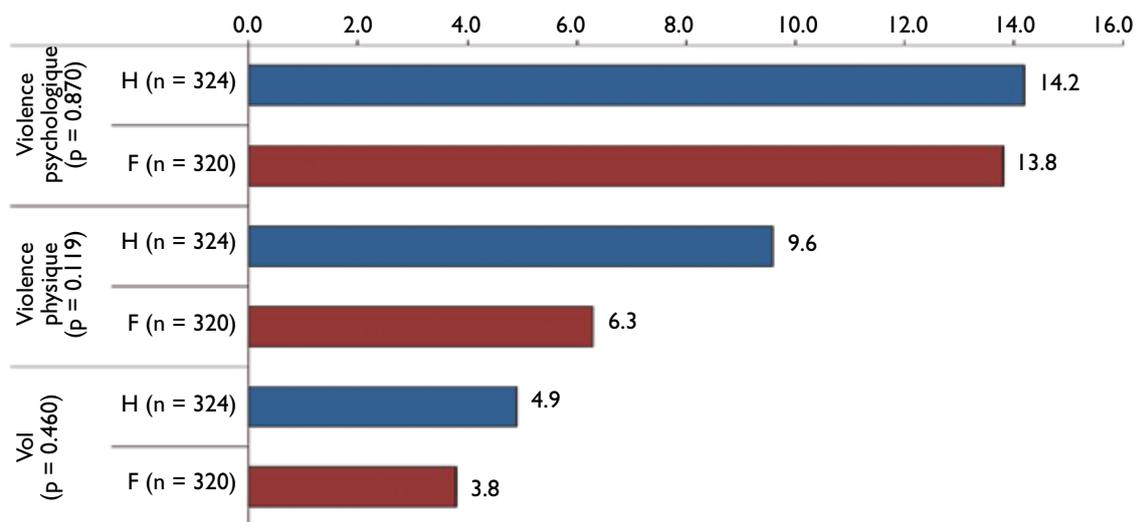


Figure 5 : Proportion, selon le sexe, de jeunes de 15 – 24 ans ayant déclaré avoir été victime de violences psychologiques, physiques ou de vol au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête HIS 2004.

Enfin, on note aussi que les sujets se déclarant victimes de violence psychologique au cours des 12 mois précédant l'enquête ont significativement ($p < 0.001$) plus déclaré avoir eu des idées suicidaires (40,4% vs 15,9%) et avoir commis au moins une tentative de suicide au cours de la vie (17,0% vs 3,9%) par rapport aux sujets n'ayant pas déclaré de violence psychologique.

Que faut-il en retenir?

Comme c'est le cas pour les jeunes enfants et les personnes âgées, les traumatismes occupent une place importante, tant en terme de mortalité que de morbidité, lorsque l'on parle de la santé des jeunes adultes. Les quelques données épidémiologiques présentées dans cet article montrent en effet que lorsqu'un jeune adulte meurt, il décède principalement des suites d'un accident de transport ou d'un suicide. Pour ce qui est des événements non mortels, on note des variations selon le sexe. En effet, les jeunes hommes sont plus sujets aux accidents de la route et de sport tandis que les jeunes femmes ont plus d'accidents domestiques. Si l'on regarde les comportements suicidaires ou violents, les variations selon le sexe sont aussi retrouvées : les jeunes femmes déclarent plus d'idées suicidaires et les jeunes hommes sont plus enclins à la violence physique.

Et la prévention ?

Bien que souvent appelés « accidents », ces événements sont pourtant prévisibles. En effet, des expériences réalisées et évaluées à l'étranger mettent en évidence l'efficacité de mesures de prévention²⁰. Or, pour concevoir des stratégies de prévention efficaces, il est nécessaire d'avoir à sa disposition des informations fiables et actualisées²¹. Bien que les informations issues des données d'enquêtes ponctuelles, telles celles des Enquêtes de Santé par Interview, soient intéressantes, elles se doivent d'être complétées par d'autres sources²² afin d'avoir plus de détails sur les circonstances et surtout les conséquences de ces traumatismes. Ce genre d'informations permettent, entre autres, d'évaluer la gravité (à plus long terme) de ces « événements accidentels » et donc de cibler les secteurs où les mesures de prévention sont les plus urgentes²³.

Christelle Senterre²⁴ et Alain Levêque²⁵

CONTACT

Unité Epitraumac - Ecole de Santé publique ULB
Route de Lennik 808, CP598
1070 Bruxelles
Personne de contact : Christelle Senterre
Tél : 02/555.40.52 - Fax : 02/555.40.47
Christelle.senterre@ulb.ac.be

20. Bazelmans C., Bantuelle M., Levêque A., Senterre C., Van Bastelaer C. La prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité. Cahier 5 du Tableau de bord de la santé en Communauté française de Belgique. SIPES. 2007. Accessible via : <http://www.ulb.ac.be/esp/sipes/> (Consulté le 2 mai 2010).

21. Tant pour la documentation épidémiologique du problème que pour le suivi des mesures de prévention mises en place.

22. Citons l'exemple des données hospitalières ou les données des compagnies d'assurances.

23. CDC & OMS. Lignes directrices pour la surveillance des traumatismes. 2004. Accessible via : <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924254583X.pdf> (Consulté le 2 mai 2010).

24. Département de Biostatistique, Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles.

25. Unité Epidémiologie, Traumatismes et Maladies chroniques, Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles.

La dépendance à une substance chez les jeunes adultes

De l'expérimentation à la dépendance

Les enquêtes épidémiologiques montrent généralement que les adolescents et les jeunes adultes sont particulièrement enclins à l'expérimentation de substances psychoactives dans la plupart des pays européens²⁶. Les raisons qui poussent les jeunes à expérimenter certaines substances psychoactives sont complexes, multiples et souvent intriquées. Elles peuvent être, par exemple, en lien avec l'âge et le prolongement de l'adolescence (curiosité, prise de risque, pression sociale, etc.), mais aussi réactives à des difficultés familiales, scolaires ou d'intégration dans une société où l'individualisme compétitif triomphe massivement (besoin d'évasion, amélioration des « performances », etc.). De manière générale, les facteurs prédictifs de l'usage de substances psychoactives qui ont pu être isolés statistiquement peuvent être regroupés en quatre catégories : facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux²⁷.

Lorsque le premier usage d'une substance est vécu positivement²⁸, le jeune peut être tenté de réitérer l'expérience pour éventuellement entrer, peu à peu, dans un mode de consommation dit « récréatif ». Dans certains cas, et en fonction de certains facteurs de risque²⁹ ou de l'absence de facteurs protecteurs, l'usage du produit peut prendre un caractère plus régulier et « échapper » au contexte récréatif initial³⁰. L'individu pourra alors avoir tendance à consommer en dehors de tout contexte social et ce, de manière de plus en plus fréquente et incontrôlée. On parle alors de consommation abusive qui, progressivement, pourra conduire à un état de dépendance. Certains individus parviendront toutefois à développer un usage régulier et contrôlé du produit, sans que cela puisse être considéré comme problématique. On conçoit actuellement que l'étiologie d'un usage, qu'il soit problématique ou non, se situe au niveau des interactions entre l'individu, le produit et l'environnement³¹.

La notion de dépendance problématique à une substance, telle qu'on la conçoit généralement dans le secteur des assuétudes, renvoie à un mode d'utilisation inapproprié d'un produit, qui provoque une altération du fonctionnement et/ou une souffrance significative. Elle est caractérisée par des signes psychologiques et (éventuellement) physiques, parmi lesquels on peut retrouver des difficultés à contrôler la consommation, un maintien de la consommation malgré une conscience des problèmes qu'elle engendre, ou encore une réduction, voire un abandon, des activités professionnelles, sociales ou de loisir, en raison de l'utilisation de la substance. Le caractère physique de la dépendance est généralement établi lorsqu'on observe, chez un patient, un phénomène de tolérance (accoutumance) au produit et/ou un syndrome de sevrage (manque) en cas d'arrêt de la consommation du produit.

La dépendance est provoquée et entretenue par différents processus neurophysiologiques (stimulation du centre du plaisir, modification de la neurotransmission consécutivement à la présence chronique du produit dans le cerveau) et psychologiques (modification des sensations, des affects et de l'idéation) liés à l'intoxication, mais également en lien avec l'absence (sensation de manque) ou l'anticipation de l'intoxication³².

Estimation de la prévalence de la dépendance chez les jeunes

Estimer la prévalence de la dépendance ainsi définie est techniquement impossible, parce que ce diagnostic ne peut véritablement être posé que dans un contexte médical, suite à une anamnèse et un entretien mené par un professionnel formé. Or, pour une série de raisons, un certain nombre de personnes en situation de dépendance « pharmacologique » échappent à toute prise en charge médicale. Par conséquent, les outils d'estimation ainsi que les données que nous allons présenter brièvement ne peuvent être considérés que comme des approximations du phénomène. Notons également qu'il est rare que la tranche d'âge

26. Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (2009). Rapport annuel 2009 – Etat du phénomène de la drogue en Europe. Lisbonne.

27. Frisher, M., Crome, I., Macleod, J., Bloor, R., & Hickman M. (2007). Home office on-line report 05/07.

28. Lorsque les effets lui déplaisent réellement, l'individu aura tendance à ne pas renouveler l'expérience, sauf en cas de pression sociale suffisante ou de désir de dépasser cette première expérience négative (et ce en raison d'attentes particulières vis-à-vis du produit).

29. Lesquels ne sont pas forcément identiques, au niveau individuel, à ceux à l'origine de l'expérimentation de la substance ; Spooner, 1999.

30. Dillon, L., Chivite-Matthews, N., Grewal, I., Brown, R., Webster, S., Weddell, E., Brown, G., & Smith, N. (2007). Risk, protective factors and resilience to drug use. Home office on-line report 05/07.

31. Zinberg, N. E. (1984), Drug, Set and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use, Yale University Press, New Haven.

32. Salomon, L. (2010). Cerveau, drogues et dépendances. Editions Belin, Paris.

33. Perkonig, A., Pfister, H., Höfler, M., Fröhlich, C., Zimmermann, P., Lieb, R., & Wittchen, H.U. (2006). Substance use and substance use disorders in a community sample of adolescents and young adults: incidence, age effects and patterns of use. *European Addiction Research*, 12, 187-196.

34. Muchielli, R. (1967). *Le questionnaire dans l'enquête psychosociale: Connaissance du problème, applications pratiques*. Editions Sociales Françaises, Paris.

35. Voir par exemple le « Substance Dependence Severity Scale » proposé par Miele et collaborateurs, 2000. Miele, G.M., Carpenter, K.M., Cokerham, M.S., Trautman, K.D., Blaine, J., & Hasin, D.S. (2000). Substance Dependence Severity Scale (SDSS) : reliability and validity of a clinician-administered interview for DSM-IV substance disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 59, 63-75.

36. La traduction belge du protocole TDI européen mentionne explicitement que la Belgique doit intégrer dans cette récolte les demandes de traitement liées à l'alcool. En outre, Eurotox prend également en compte les demandes de traitement pour les problèmes de jeux et de paris (y compris pour cyberdépendance). Le nombre de prises en charge de ce type reste toutefois largement minoritaire.

37. Observatoire socio-épidémiologique Alcool-Drogues en Communauté française

38. Actuellement, environ 70% des centres de prise en charge participent à cette récolte, ce qui ne nous autorise donc pas à estimer précisément l'incidence des demandes de traitement au sein des jeunes adultes en Communauté française. En outre, cet indicateur ne permet pas d'estimer véritablement la prévalence des demandes de traitement parce qu'il n'enregistre que les nouvelles demandes introduites annuellement et non l'ensemble des traitements en cours chaque année.

des jeunes adultes (18-30 ans) fasse l'objet d'une étude spécifique, ou que des résultats soient spécifiquement présentés pour cette tranche d'âge.

Les enquêtes de prévalence d'usage et de prévalence d'usage problématique

On peut être tenté d'estimer la prévalence de la dépendance chez les jeunes à partir d'enquêtes de prévalence d'usage (lesquelles identifient et distinguent souvent l'usage expérimental, l'usage occasionnel et l'usage régulier) en assimilant usage régulier et dépendance. Ces deux phénomènes ne sont pourtant pas parfaitement superposables³³, même s'il est vrai que l'usage régulier peut être une porte d'entrée vers la dépendance. Certaines enquêtes utilisent en outre des items spécifiques afin d'appréhender plus directement la dépendance. Cette approche a comme limite une trop grande transparence et l'emploi de termes connotés (certains individus ayant tendance à ne pas répondre aux questions trop directes, ou à « fuir » lorsque certains termes connotés négativement sont employés³⁴). Elle suppose en outre que les répondants aient suffisamment conscience de leur dépendance pour répondre positivement à ces items (ce qui, bien entendu, n'est pas forcément le cas). Enfin, réduire l'évaluation de la dépendance à deux ou trois questions paraît inadéquat et offensant au regard des outils scientifiques généralement développés en la matière³⁵.

La prévalence de la dépendance chez les jeunes pourrait certainement être mieux estimée à partir d'enquêtes de prévalence de l'usage problématique de drogues, pour autant que l'on ne s'en tienne pas à la définition qu'en donne l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanie (OEDT), laquelle est trop restrictive puisqu'elle n'inclut que certains produits ou modes de consommation. Malheureusement, ce type d'enquête n'est pas actuellement réalisé en Communauté française de Belgique.

L'indicateur de demande de traitement

Cet indicateur (appelé TDI, pour Treatment demand indicator) consiste en l'enregistrement annuel des demandes de traitement relatives à un problème d'abus ou de dépendance à une drogue illégale³⁶, dans le cadre du monitoring initié par l'OEDT. Il permet d'estimer le nombre et de dresser le profil de personnes ayant fait une telle demande auprès d'un centre spécialisé et ce, grâce à un système de récolte des données composé d'une vingtaine de variables (cette récolte est assurée par Eurotox³⁷, en ce qui concerne le territoire de la Région wallonne). Cet indicateur nous éclaire sur certaines caractéristiques des personnes qui en sont arrivées à suivre un traitement en raison d'un usage problématique. Néanmoins, il ne nous permet pas de distinguer les cas d'abus, des cas de dépendance, quoique l'on puisse supposer que les cas de dépendance sont largement plus fréquents.

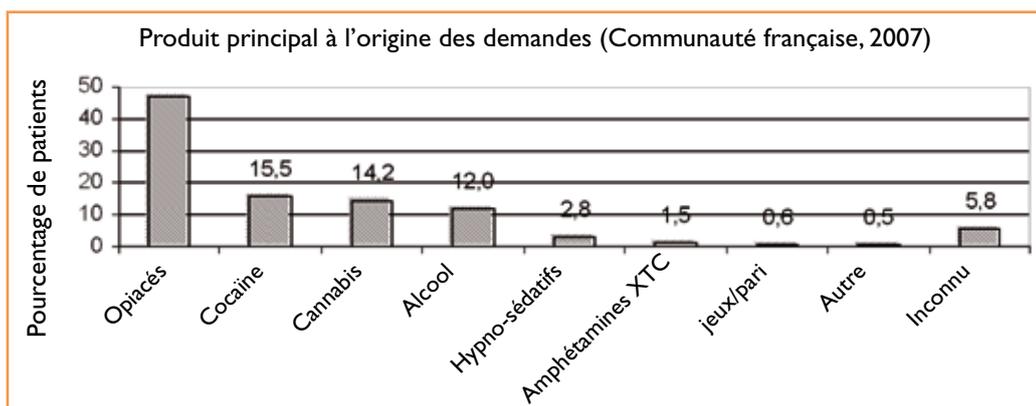
En 2007, les institutions qui ont participé à la récolte du TDI³⁸ ont enregistré 1510 demandes chez les jeunes de 18 à 30 ans pour l'ensemble de la Communauté française, ce qui correspond à 34% de l'ensemble des demandes enregistrées cette même année. Plus d'un tiers de ces jeunes demandeurs en sont à leur première demande de traitement (36,2%). La majorité des patients ont été admis sur base d'une initiative propre (38,3%). Les admissions relevant d'une initiative du secteur socio-sanitaire atteignent 25%, et 15,3% des patients sont en demande de traitement suite à une initiative de leur entourage. Enfin, 11,3% des patients sont admis sur base d'une intervention du secteur de la Justice.

L'âge moyen de ces jeunes demandeurs est de 25,3 ans (contre 34,2 ans pour l'ensemble des demandes), et leur nombre augmente de manière linéaire avec l'âge (allant ainsi de 45 patients de 18 ans à 183 patients de 30 ans). Ils sont majoritairement de sexe masculin (environ 5 hommes pour 1 femme). Plus de la moitié (54%) étaient, au moment de leur traitement, peu ou pas scolarisés (niveau secondaire inférieur ou moins). En raison de leur âge (égal ou supérieur à 18 ans), on peut supposer que ces patients sont tous déscolarisés. Nous n'avons toutefois pas les moyens d'identifier le rôle qu'a pu jouer l'usage problématique dans ce processus de déscolarisation. En termes de cohabitation, ces jeunes patients vivent majoritairement seuls (27,1%), chez leurs parents (22,2%) ou en couple (17,6%). Au niveau du logement, on notera que 12 % de ces jeunes demandeurs sont sans logement, et que 13,1% vivent en institution ou en prison. Enfin, on peut souligner que 22,5% des jeunes demandeurs ont des antécédents judiciaires (expérience de prison et/ou affaire judiciaire en

cours). Néanmoins, ce pourcentage est probablement sous-estimé en raison du fort taux de non réponse à cette question.

Les opiacés (héroïne, méthadone illégale, etc.) sont à l'origine de près de la moitié des demandes de traitement enregistrées chez ces jeunes en 2007 (voir graphique). La cocaïne, le cannabis et l'alcool sont également associés à une partie non négligeable des demandes de traitement enregistrées cette même année. Si l'on compare ces données à l'ensemble des admissions enregistrées en 2007, on remarque que les demandes liées au cannabis et à la cocaïne sont plus fréquentes chez les jeunes (+5,9% et +3,4%, respectivement). En revanche, les demandes liées à l'alcool sont moins fréquentes chez les jeunes (-6,5% par rapport à ce que l'on observe pour l'ensemble des patients admis en 2007). Les pourcentages observés pour les autres substances sont sensiblement équivalents entre le groupe des jeunes adultes et l'ensemble des admissions. Enfin, l'âge moyen du premier usage du produit principal est de 18 ans au sein du groupe des jeunes adultes (minimum : 9 ans ; maximum : 30 ans).

Il convient finalement de remarquer que les données relatives au produit principal à l'origine des demandes de traitement ne reflètent évidemment pas les données de prévalence d'usage, ni même forcément les données de prévalence d'usage problématique. En effet, ces produits n'ont pas tous le même potentiel addictogène (certains produits étant plus enclins que d'autres à poser « problème »), et ils n'entraînent pas forcément les mêmes conséquences psychomédico-sociales en cas de consommation problématique. Pour plus de détails descriptifs et statistiques sur le TDI, nous renvoyons le lecteur à notre dernier rapport sur l'usage de drogues en Communauté française, téléchargeable sur notre site Internet³⁹.



39. www.eurotox.org

Conclusion

Nous disposons de peu de données permettant d'appréhender la problématique de la dépendance à une substance chez les jeunes adultes en Communauté française. L'idéal consisterait à réaliser une enquête récurrente (de type monitoring) qui permettrait de suivre l'évolution du phénomène afin d'y répondre de manière la plus adaptée d'un point de vue de la santé publique (prévention, réduction des risques, offre de soins, etc.). En l'absence d'une telle enquête, nous pouvons toutefois nous tourner vers l'indicateur de demande de traitement afin de dénombrer et caractériser les jeunes en situation de dépendance. Celui-ci nous enseigne ainsi que plus de 1500 jeunes de 18 à 30 ans ont introduit en 2007 une demande de traitement pour un usage problématique d'une ou plusieurs substances. Il est néanmoins vraisemblable que le nombre de jeunes en situation d'usage problématique est largement sous-estimé car tous les jeunes qui sont dans une telle situation ne suivent pas forcément un traitement.

Michaël Hogge

Docteur en sciences psychologiques - Chargé de projets Eurotox

CONTACT :

Eurotox asbl

Observatoire socio-épidémiologique Alcool-Drogues en Communauté française

Rue Jourdan 151 - 1060 Bruxelles

Personne de contact : Michaël Hogge

Tél : 02/539.48.29 - Courriel : michael.hogge@eurotox.org - Site internet : www.eurotox.org

Les orientations prises par la Communauté française en matière de programmes de promotion de la santé à destination des jeunes adultes

La politique de promotion de la santé en Communauté française telle qu'elle est développée dans le programme quinquennal⁴⁰ s'articule autour de trois axes : des problématiques de santé prioritaires (assuétudes, traumatismes, promotion du bien-être ...), des acteurs prioritaires, tels que les acteurs des milieux de vie (école, famille, milieux d'accueil), les collectivités locales ou les relais auprès des populations les plus vulnérables et des principes d'actions qui relèvent des stratégies de promotion de la santé.

40. Le programme quinquennal est consultable sur le site internet de la Direction générale de la santé : www.sante.cfwb.be

41. Certains des programmes présentés dans les numéros 3 et 4 de Santé en Communauté française, ayant pour thème les assuétudes et la vie affective et sexuelle des jeunes de 12 à 18 ans, sont également destinés à toucher un public plus âgé, tels que Sex&co, Jeunes et alcool ou les actions développées par Modus Vivendi par exemples. Ces numéros sont consultables sur le site www.sante.cfwb.be, rubrique « publications ».

Les jeunes adultes (18-30 ans) sont directement concernés par certaines des problématiques de santé déterminées comme prioritaires dans le programme quinquennal telles que la prévention des assuétudes et la promotion de la vie affective et sexuelle⁴¹.

Quand ces jeunes adultes évoluent dans un milieu de vie où la Communauté française intervient, comme l'école par exemple, ils peuvent faire l'objet de programmes de promotion de la santé spécifiques. La mise en œuvre de Points santé par les Services de promotion de la santé à l'école à destination des étudiants du supérieur en est une illustration.

Les jeunes adultes entrent également dans la catégorie de publics ciblés par différents programmes d'action communautaire en santé. Toute une série de projets locaux développent des actions communautaires qui touchent un large public afin de réduire les inégalités sociales de santé principalement.

Ces projets locaux se développent la plupart du temps en partenariat avec d'autres niveaux de pouvoir tels que les communes, les provinces, les régions...

Les jeunes adultes évoluent également dans d'autres milieux de vie tels que le monde du travail, les clubs sportifs, les activités de loisirs, avec lesquels des collaborations intersectorielles peuvent être développées (comme c'est le cas pour la campagne « Ne perds pas la musique. Protège tes oreilles » présentée ci-après), dans l'objectif, notamment, de favoriser la promotion du bien-être, qui fait partie des priorités de la politique mise en œuvre en Communauté française.

Quelques programmes subventionnés par la Direction générale de la santé

Promotion de la santé des étudiants, les points santé

Dans l'enseignement supérieur non universitaire, les Services de Promotion de la Santé à l'École (PSE) ont les mêmes missions que dans les autres types et niveaux d'enseignement⁴² – bilan de santé des élèves et dépistage, recueil de données épidémiologiques, organisation de programmes d'éducation/promotion santé dans le cadre d'un projet de service, promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé – mais il s'y ajoute la mise en place d'un Point Santé. Qu'est-ce à dire ? Il s'agit d'un lieu d'accueil et d'écoute où l'étudiant peut recevoir des informations et des conseils et, si nécessaire, être orienté vers un service répondant plus spécifiquement à ses besoins.

Plus globalement, quels sont les besoins de santé des étudiants ? Une recherche-action menée auprès de trois écoles supérieures par le Service PSE libre du Brabant wallon et l'ASBL Univers Santé, recherche dont les résultats ont été publiés en 2008⁴³, permet de s'en faire une idée. Tout d'abord, les étudiants estiment être en bonne santé, ce qui est rassurant mais montre aussi que, pour eux, « la santé » reste surtout l'absence de maladie. En effet, ils pointent comme sujets de préoccupation d'abord la fatigue, le stress et le sommeil, puis l'alimentation et la vie affective. Des problèmes moins fréquents mais néanmoins interpellants sont liés à la sexualité, au tabagisme, à la solitude et à la dépression. Des enseignants confirment : « lors des supervisions de stage, ces mêmes items apparaissent : stress, fatigue » ; « le dispositif même de l'enseignement supérieur est facteur de stress et de fatigue »...

On retrouve les mêmes items lorsque les étudiants disent sur quels sujets ils souhaiteraient recevoir de l'information : la fatigue et le stress, puis l'alimentation et le sommeil, enfin la dépression, la vie affective et la sexualité. Certes, on n'est pas très étonné de ces centres d'intérêt si on se rappelle les aléas de ces années « de passage » et de la vie estudiantine. Et la pertinence d'une initiative comme les Points Santé n'en est que renforcée. Par contre, se posent les questions de leur impact, de leurs limites et des conditions de leur efficacité. On peut y répondre, au moins partiellement, à travers l'expérience de plusieurs Services PSE⁴⁴.

La première condition est évidemment de faire connaître le Point Santé. A cet effet, de multiples canaux sont utilisés : information lors du bilan de santé, utilisation de supports papier (diffusion de dépliants, affichage...) et électroniques (site, intranet...), information via des personnes-relais (enseignants et personnels de l'institution, conseils et délégués étudiants...), intervention lors de la rentrée académique ou dans les auditoriums. Un travail à refaire sans cesse, non seulement parce que chaque année de nouveaux étudiants arrivent, mais que, on l'a vu, le monde étudiant ne lit pas forcément les difficultés qu'il vit comme un « problème de santé » et ne fait donc pas spontanément appel à des professionnels de la santé.

D'autant que le Point Santé peut pâtir de l'image du Service PSE... Un travail de fin d'études en santé publique⁴⁵ montre en effet que, dans cette tranche d'âge comme dans d'autres, l'image de la médecine scolaire n'est pas toujours claire (méconnaissance du sigle, flou des missions, confusion avec le Centre PMS), ni positive, car les expériences antérieures de « la visite médicale » n'ont pas laissé que de bons souvenirs – y compris parmi les enseignants et les autres personnels scolaires ! Le bilan de santé reste souvent associé à des images de mauvais accueil, de « travail à la chaîne », à des sentiments de gêne, de méfiance et d'infantilisation.

Sur un point, étudiants, acteurs scolaires et équipes PSE tombent d'accord : l'importance du moment et du lieu retenus pour le Point Santé. Localisation et horaire d'ouverture ne

42. Les Services PSE ont remplacé l'Inspection médicale scolaire (IMS) à partir de 2002. Voir notamment « La promotion de la santé à l'école pour les 6-12 ans », Santé en Communauté française n° 2, février 2009, pp. 5-8.

43. Voir www.santedesetudiants.be

44. La synthèse qui suit a été réalisée à partir des interventions du Centre de Santé de l'UCL à Woluwe, de Medi-Ferrer (délocalisation du Service PSE de la Ville de Bruxelles à la Haute Ecole Francisco Ferrer) et du Service PSE libre du Brabant wallon lors d'une journée de rencontre et d'information organisée le 25 juin 2008, à Namur, à l'initiative de la Ministre de la Santé de la Communauté française.

45. « Comment les Points Santé mis en place pour l'Enseignement supérieur sont-ils perçus ? Etude qualitative auprès des étudiants, des professeurs et du personnel du PSE de la Province de Liège », intervention de Stéphanie Loneux le 25 juin 2008.

sont pas une mince affaire, et les équipes s'ingénient à trouver des formules répondant, dans la mesure de leurs propres limites, aux contraintes de leur population (stages, etc.). Le mercredi midi semble souvent retenu comme le meilleur compromis sur le plan temporel, et la localisation du Point Santé dans l'école apparaît comme un avantage pour la fréquentation de celui-ci, la visibilité de l'équipe PSE et les contacts avec les acteurs scolaires⁴⁶. D'autres formules existent, en fonction des atouts et de la créativité de chacun : permanence sans rendez-vous dans l'heure qui précède le bilan de santé, partenariat étroit avec le service social de l'école, adresse internet pour réponses confidentielles, accueil permanent sans rendez-vous, rencontres organisées au sein de l'école comme au centre de santé, intégration dans certains cours, organisation d'une journée, d'une semaine ou d'un mois « santé »...

Enfin, un autre point semble gagner de plus en plus de terrain dans les pratiques des équipes : les partenariats, tant internes (avec la direction, un professeur-relais, l'assistant social attaché à l'école, la cellule d'accompagnement pédagogique...) qu'externes (notamment le centre de planning familial et le service de santé mentale). Les contraintes de temps et les limites de personnel de la plupart des Services PSE les poussent d'ailleurs à ce travail en partenariat, qui implique une bonne connaissance des ressources de proximité.

*Alain Cherbonnier
SCPS Question Santé*

46. Même si l'implantation dans les locaux du Service PSE offre d'autres avantages : sentiment de plus grande confidentialité (la démarche de l'étudiant est moins visible pour ses pairs), possibilité d'extension de l'horaire d'ouverture...

CONTACT

SCPS QUESTION SANTE asbl

Rue du Viaduc 72

B-1050 Bruxelles.

Tél : 02/512.41.74

Fax : 02/512.54.36

info@questionsante.org

www.questionsante.org

« Ne perds pas la musique. Protège tes oreilles »

A l'heure actuelle, la musique est de plus en plus présente dans notre quotidien, et ceci est encore plus vrai en ce qui concerne les jeunes. Grands consommateurs de musique (elle occupe une place de choix dans leurs pratiques culturelles⁴⁷) les jeunes sont la cible prioritaire des grands événements musicaux de l'été (les festivals), mais aussi des technologies numériques d'écoute de la musique, tels qu'iPod et autres lecteurs MP3. D'où la crainte de certains que tout cela ne finisse par les rendre... sourds !

Il est vrai qu'un rapide coup d'œil suffit pour se rendre compte que les jeunes sont de plus en plus soumis, dans leurs activités de loisirs, à des niveaux sonores élevés. Plus préoccupant : plusieurs études ont montré que si beaucoup de jeunes connaissent les risques d'une exposition prolongée à un volume sonore élevé ou ont déjà ressentis les symptômes d'une perte auditive temporaire – comme des acouphènes ou une impression d'oreilles cotonneuses – très peu s'en protègent⁴⁸.

Le web a aussi grandement facilité l'accès à l'offre musicale grâce aux nombreux sites de téléchargement – légaux et illégaux – qui se sont multipliés sur la toile ces dernières années, alors que parallèlement, se développaient les technologies liées à l'écoute de la musique. En 2008, inquiète face au succès croissant de ces nouveaux appareils, la Commission Européenne a d'ailleurs chargé un comité scientifique de rendre un avis sur la question. Les experts ont attiré l'attention sur la nécessité de prendre des mesures pour limiter le niveau sonore de ces appareils⁴⁹. Plus spécifiquement en ce qui concerne la Communauté française, le Conseil supérieur de promotion de la santé avait déjà rendu en mai 2006 un avis sur les nuisances sonores en milieu festif⁵⁰ intégrant également la problématique de l'usage des baladeurs.

La campagne « Ne perds pas la musique. Protège tes oreilles » au sein de la Province de Luxembourg

Sur base de ces constats, le Service Prévention Santé de la Province de Luxembourg et le CLPS Lux ont mis sur pied un programme de prévention visant à sensibiliser les jeunes⁵¹ de la province de Luxembourg aux risques liés à l'écoute de la musique, que ce soit en milieu festif ou à l'aide d'un baladeur.

Ce programme s'adresse aux jeunes eux-mêmes autant qu'aux professionnels des secteurs du social, de la jeunesse et de la santé⁵² ainsi qu'aux acteurs du milieu festif⁵³ qui sont autant de relais vers les jeunes.

Pour sensibiliser les professionnels, une table ronde sur la thématique a été organisée, ainsi qu'une campagne de presse comprenant une conférence de presse et la publication d'articles dans les bulletins communaux. Un partenariat intersectoriel entre les Services de Promotion de la Santé à l'École de la province de Luxembourg, la Maison des Jeunes de Marche et la salle de concert « l'Entrepôt » a été développé afin de toucher un panel varié et étendu d'acteurs relais et, par conséquent, de jeunes.



47. MOENS Frédéric dir., mai 2006, Les pratiques et consommations culturelles en Communauté française. Un état des lieux. Rapport final, Observatoire des Politiques Culturelles de la Communauté française.

48. *LE POLE, 2009, Pratiques musicales des adolescents et risques auditifs. Enquête auprès des collégiens et lycéens en Pays de Loire. Institut Universitaire de Médecine du Travail de Lyon, juillet 2000, Evaluation de l'audition des jeunes Français. Rapport final, Faculté de Médecine de Lyon R.T.H. Laennec. *AHMED Shazia et al., « Use of portable audio devices by university students », University of Toronto, 2007.

*CHUNG Jeannie H. et al., Evaluation of noise-induced hearing loss in young people using a web-based survey technique, in Pediatrics (Official Journal of the American Academy of Pediatrics), vol. 115, n° 4, avril 2005, pp. 861-867.

*National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (NIDOC), 2006, Wise Ears!® Campaign. Environmental Scan.

49. LE POLE, 2009, Pratiques musicales des adolescents et risques auditifs. Enquête auprès des collégiens et lycéens en Pays de Loire.

50. Cet avis est consultable sur le site internet de la Direction générale de la santé en suivant le lien : <http://www.sante.cfwb.be/thematiques/csps/avis-csps/bruit/>

51. Agés de 12-30 ans

52. Maisons de jeunes, aide en milieu ouvert, services de promotion de la santé à l'école,...

53. Organisateur de soirées, DJ, groupes de musique,...

Pour sensibiliser et informer les jeunes vis-à-vis des risques et des moyens de prévention, des supports de communication tels qu'une affiche, un flyer et un DVD ont été créés et diffusés. En complément de ces outils informatifs et pour donner aux jeunes, un moyen d'agir, des bouchons de protection leur sont également distribués dans diverses manifestations (concerts, soirées, visites médicales, stands d'information, etc.).

Tous ces outils sont diffusés dans des cadres précis (concerts, ateliers musicaux, stages, visite médicale, etc.) où ils peuvent servir de base à la discussion.

Le rôle du CLPS Lux dans le cadre de la campagne:

- accompagner le projet dans ses différentes étapes: aide à l'analyse de la problématique, aide à la définition des objectifs, aide à la définition du public cible, aide à la recherche des ressources, aide à la création des outils, aide à l'évaluation ;
- développer le partenariat avec la Maison des jeunes de Marche, qui permet de valoriser sur tout le territoire de la province de Luxembourg le projet de DVD de la Maison des Jeunes de Marche ;
- diffuser la campagne et accompagner les acteurs locaux dans l'utilisation des outils.

Une première évaluation

La campagne a débuté en octobre 2009. Il est donc encore trop tôt pour évaluer dans quelle mesure elle a atteint ses objectifs. Cependant, en mars 2010, une enquête de satisfaction a été réalisée auprès des acteurs relais qui ont commandé et utilisé les outils de la campagne (affiches, flyers, bouchons et DVD). L'enquête avait également pour objectif de déterminer comment les outils ont été diffusés auprès du public cible et de dégager des pistes d'amélioration et des perspectives d'avenir pour la campagne.

Les résultats de cette enquête montrent que les outils de la campagne ont été accueillis positivement par leurs utilisateurs, mais que des améliorations sont possibles en fonction des publics auxquels on les destine et des cadres dans lesquels ils sont utilisés. Ainsi, il semble nécessaire pour les services de Promotion de la Santé à l'École de développer des outils plus spécifiques en fonction des âges, mais aussi en fonction des risques : distinguer le milieu festif du baladeur (les jeunes de 6ème primaire au 2ème secondaire ne fréquentent en effet pas encore beaucoup les milieux festifs).

Les utilisateurs interrogés ont également souligné que l'information ne doit pas être le seul moyen de sensibilisation. A côté des supports de communication et des bouchons, la campagne pourrait envisager de proposer des outils plus techniques qui permettent de mesurer le bruit, afin que les jeunes puissent prendre conscience des niveaux sonores auxquels ils sont soumis.

Sur le plan de la sensibilisation, plusieurs pistes sont à explorer. Les résultats ont montré que les acteurs relais qui étaient invités par les partenaires à assurer la diffusion des outils auprès du public cible n'ont pas tous répondu à l'appel, surtout en ce qui concerne le milieu festif. Il serait intéressant d'en connaître les raisons – est-ce par manque de temps, d'intérêt ou tout simplement parce qu'ils travaillaient déjà la problématique par ailleurs ? – et d'en tirer les conclusions pour essayer une nouvelle fois de les mobiliser si cela s'avère nécessaire. Un partenariat avec d'autres institutions déjà actives dans ce domaine pourrait être envisagé.

Les résultats ont également montré l'intérêt d'étendre la sensibilisation à d'autres acteurs qui pourraient être de bons relais vers le public cible, comme les professeurs de musique, les professeurs de physique, ou encore les professeurs de cours techniques dans les filières professionnelles et techniques. Les artistes musicaux pourraient également faire l'objet de plus d'attention lors de la campagne.

Enfin, pour mieux orienter les actions de prévention à mener dans le futur, une enquête sur les comportements des jeunes face à la musique, ainsi qu'une récolte de données sur l'audition des jeunes devraient voir le jour dans les mois à venir.

*Le CLPS Lux, en collaboration avec le
Service Prévention Santé de la Province de Luxembourg.*

CONTACT :

CLPS Lux

Rue de la station 49

6900 Marloie

Personne de contact : Lydia Polomé

Tél : 084/31 05 04

Fax : 084/31 18 38

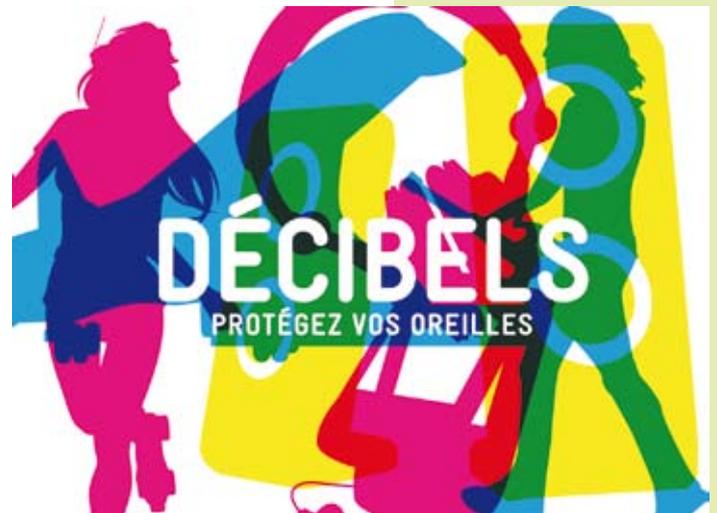
Courriel : clps.lux@skynet.be

Site internet : www.clps-lux.be

En 2007, un partenariat réunissant le CLPS de Bruxelles, l'asbl Modus Vivendi, le SCPS Question Santé, l'IBGE (Bruxelles Environnement) et l'asbl Belgique Acouphènes a réalisé une petite brochure destinée à être distribuée en milieu « festif », notamment dans les boîtes, elle comprend sept parties :

- Musiques amplifiées : quels problèmes ?
- Décibels : c'est kwa ?
- L'oreille : comment ça marche ?
- Les effets du bruit sur la santé
- Musiques amplifiées : quels risques ?
- Comment protéger vos oreilles ?
- Que faire en cas de problème ?

« Décibels. Protégez vos oreilles », 32 pages, format 75 x 105 mm. Pour télécharger ou commander cette brochure, de même que de nombreuses autres publications : www.modusvivendi-be.org/cms/commander.php



L'atelier cuisine équilibrée et multiculturelle de Bernissart : un exemple d'action communautaire à destination de jeunes adultes

Comme l'ensemble des Centres locaux de promotion de la santé, le CLPS du Hainaut occidental met en œuvre des projets qui encouragent la participation communautaire. Parmi ceux-ci, une initiative qui s'adresse plus particulièrement à un public de jeunes femmes de l'entité de Bernissart : l'atelier cuisine équilibrée et multiculturelle.

Tous les 15 jours, 10 à 20 jeunes femmes, de toutes cultures⁵⁴, se réunissent pour préparer et déguster des plats dont elles auront apporté la recette. C'est l'occasion pour elles de tisser des liens, d'échanger sur leur quotidien et d'être sensibilisées à une alimentation saine et équilibrée.

54. Une trentaine de cultures sont représentées à Bernissart.

Lieu de convivialité, de découvertes et d'échanges, ces ateliers sont l'occasion de briser l'isolement, de renforcer les liens sociaux et de dynamiser la participation des personnes à la vie communautaire. Ils renforcent la confiance et l'estime de soi par la présentation de savoirs et l'échange de pratique. Ils représentent également l'occasion d'échanger sur les difficultés vécues au quotidien et d'être informé sur les différentes associations de l'entité qui peuvent apporter de l'aide dans des domaines divers.

Le climat de confiance et de convivialité instauré permet de sensibiliser les participantes à une alimentation équilibrée et variée via la découverte de pratiques culinaires d'autres cultures.

Le CLPS a initié le projet de l'atelier cuisine, il le coordonne et assure la gestion administrative (budget, élaboration de carnets de cuisine, etc.). Mais il travaille en collaboration avec d'autres partenaires tels l'ONE, qui met à disposition son « coin jeux des petits » pendant les ateliers et propose le regard d'une de ses diététiciennes, ou la commune qui met un local à disposition.

Le point d'orgue des ateliers cuisines a lieu lors de la grande fête interculturelle où les participantes peuvent faire découvrir à d'autres les différents plats qu'elles ont pu préparer tout au long de l'année. Cette grande fête ouverte à tous est l'occasion de valoriser le savoir-faire des participantes et de sensibiliser au projet l'ensemble de la communauté et les partenaires (La Ligue des Familles, l'ONE, l'AMO GRAINE, les pouvoirs communaux, la maison médicale, le planning familial etc.). Elle a pour objectif de faire découvrir la richesse de la culture de l'autre à travers l'art culinaire, la musique, les us et coutumes...

Elle est l'occasion de se faire rencontrer les habitants de l'entité quels que soient leur culture, leur lieu d'habitation, leur genre, leur âge, etc. Elle lutte ainsi contre l'isolement social et permet aux habitants d'élargir leur réseau social.

Dans le but de faciliter l'accès à l'information concernant les services et les structures de première ligne existantes au sein de Bernissart, un répertoire a été réalisé. « L'aide en poche », diffusé notamment aux habitants lors de cette fête, couvre des thèmes tels que la formation, l'emploi, la santé, le social, le logement, l'écoute, la vie pratique, ... Traduit en 5 langues (français, anglais, italien, turc et arabe), il permet aux populations de trouver une réponse à leurs préoccupations dans la vie quotidienne.

L'atelier cuisine s'inscrit dans une démarche communautaire en santé. Ce type de démarche vise à reconnaître et à soutenir chez les personnes des compétences qui leur permettent de mieux diriger leur existence, d'augmenter leur capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci. Elle se caractérise par un processus participatif entre tous les acteurs concernés (habitants, professionnels, politiques, etc.) dans une démarche de co-construction. Elle favorise un contexte de partage des pouvoirs et des savoirs. Elle valorise et mutualise les ressources de la communauté⁵⁵.

L'action communautaire en santé repose sur une conception globale et positive de la santé. Être en bonne santé, c'est avoir la possibilité pour un individu ou une collectivité de réaliser ses aspirations, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu.

Une action communautaire telle que l'atelier cuisine se heurte à des difficultés (assiduité aux séances, autonomisation du groupe, adhésion à une conception globale de la santé) qui doivent être travaillées en tenant compte des déterminants tels que l'emploi, le logement, la précarité ainsi que des composantes socio-culturelles. Le processus de promotion de la santé doit sans cesse s'adapter à l'évolution sociale du territoire dans lequel il s'inscrit.

CONTACT

CLPS Hainaut occidental

Rue de Cordes 9

7500 Tournai

Personne de contact : Isabelle Van Puymbroeck

Tel: 069/22.15.71

Fax: 069/23.52.50

clps.hainaut.occidental@skynet.be

<http://www.clpsho.be>

55. Action communautaire en santé, un observatoire international des pratiques ; Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire, novembre 2009, p19.

Handicap et Santé : promotion de la vie affective et sexuelle des personnes handicapées motrices

Un accident de moto, une chute inopinée... et la conséquence irréversible d'être paralysé...

Comment se réadapter à la vie quotidienne ? Comment se déplacer, aménager son logement, trouver ou conserver son emploi, participer à des activités socio-culturelles ?

Mais aussi, comment rencontrer quelqu'un ? Peut-on encore séduire ? Peut-on encore être enceinte, avoir une grossesse normale, s'occuper d'un enfant ?

Si les questions relatives à la réadaptation à la vie quotidienne sont abordées d'emblée, celles relatives à la vie affective et sexuelle, sujet embarrassant, voire tabou, trouvent parfois peu d'écho auprès des professionnels de santé. Ceux-ci sont peu sensibilisés à la problématique ou démunis pour aborder la question.

Handicap et Santé, programme de promotion de la santé dans le domaine de la vie affective, relationnelle et sexuelle, développe des outils d'information et de sensibilisation à destination des personnes handicapées elles-mêmes ou des professionnels travaillant avec elles.

Parmi ceux-ci, EnVie d'amour⁵⁶, est un outil multimédia dont le premier volet sorti fin novembre 2008 s'adresse aux personnes blessées médullaires, à leur famille et aux professionnels en contact avec eux. Il est composé de trois DVD⁵⁷ ainsi que d'un livret d'accompagnement permettant de les utiliser au mieux. Les DVD proposent des informations et des conseils, mais également une série de témoignages de personnes handicapées, de leurs proches et de professionnels de santé.

Le deuxième volet d'EnVie d'amour est en cours d'élaboration. Il aura pour thème la promotion de la vie affective, relationnelle et sexuelle des personnes ayant une infirmité motrice cérébrale. Cet outil sera composé de quatre DVD : un destiné aux enfants de 6 à 11 ans, un destiné aux adolescents de 12 à 17 ans, un destiné aux adultes à partir de 18 ans et un destiné aux tiers, parents et professionnels.

Le DVD à destination des adultes abordera le vécu du handicap, l'estime de soi, les émotions, les obstacles au bien-être, la connaissance du corps, le vécu du corps handicapé, la question de l'intimité et les barrières de la communication. Au niveau de la vie affective et relationnelle, il abordera les relations d'amitiés, les relations amoureuses et de couple, les relations avec les parents et les frères et sœurs, le désir d'enfants et les conséquences du handicap du parent sur la vie familiale et enfin la vie sociale et les relations avec les professionnels. Au niveau de la vie sexuelle, les questions relatives au désir, au rapport sexuel, à la santé sexuelle, telles que la contraception, les infections sexuellement transmissibles (IST) et les consultations gynécologiques, ainsi que certains thèmes en lien avec une sexualité assistée dont la prostitution, l'assistance sexuelle et la cybersexualité, seront abordées. Au niveau de la vie en institution, le DVD abordera la problématique de l'intimité ainsi que les possibilités et les difficultés de mener une vie affective et sexuelle lorsque la personne vit en institution.

EnVie d'amour est élaboré sur base de contacts avec les professionnels, les institutions et les personnes handicapées et leurs proches pour cerner au mieux les besoins, les difficultés rencontrées par les personnes handicapées, les questions à aborder, les informations à diffuser. Un comité d'accompagnement scientifique composé de médecins, de personnes handicapées, de professionnels travaillant en institution, de psychologues, suit la réalisation du projet et en valide les contenus.

56. Disponible aux Presses universitaires de Namur, rue Rampart de la Vierge 13, 5000 Namur. www.pun.be

57. « S'ouvrir aux autres et à soi-même » ; « Vivre sa sexualité » ; « Fonder une famille ».

Via le développement de ces outils, Handicap et Santé souhaite :

- rendre accessible une information rarement disponible ailleurs ;
- sensibiliser les tiers et les intervenants qui parfois n'ont pas conscience des questionnements des personnes handicapées sur ce sujet ;
- de manière générale, promouvoir la santé affective, relationnelle et sexuelle.

Ces outils sont développés avec l'aide du Centre de ressources et d'évaluation des technologies adaptées aux personnes handicapées (CRETH) afin de proposer un outil le plus adapté ergonomiquement aux personnes handicapées. La navigation et la facilité d'utilisation sont donc pré-testées.

Handicap et Santé organise également des formations à destination des professionnels en contact avec les personnes handicapées (professionnels travaillant en institution, aides familiales, intervenants en planning familial, etc). Ces formations abordent toute une série de thèmes dans le cadre d'une approche globale de la personne handicapée : les représentations sociales, la communication, l'agressivité, la vie affective et sexuelle... Ces formations sont notamment l'occasion d'avoir un retour évaluatif sur les outils développés.

Toujours dans l'objectif de promouvoir le bien-être relationnel, affectif et sexuel des personnes handicapées, Handicap et Santé mettra bientôt en ligne le site Internet HAXIS.

Ce site internet interactif a pour but de promouvoir la communication entre les personnes handicapées physiques et les professionnels de la santé (médecins, sexologues, assistants sociaux, psychologues...), dans les champs de la vie affective, sexuelle et relationnelle.

Il s'agit de donner l'occasion à des personnes handicapées physiques, adolescents et adultes, de poser à des professionnels des questions relatives à ces thématiques.

Le site englobera notamment un forum de questions-réponses entre internautes et professionnels de la santé et une base de données dans laquelle on pourra trouver des informations, des références bibliographiques, des actes de colloques, etc.

L'objectif du site est, comme pour la mise à disposition des autres outils, d'informer, de sensibiliser, de partager des pratiques dans le but de promouvoir le bien-être affectif, relationnel et sexuel des personnes handicapées.

CONTACT :

Handicap et Santé
Rue de Bruxelles 61
5000 Namur

Personne de contact : Joëlle Berrewaerts

Tél : 081/72.44.32

Fax : 081/72.44.31

joelle.berrewaerts@fundp.ac.be

http://www.handicap-et-sante.be/outils/p_rens.html



Un outil à votre disposition

Voici quelques publications qui peuvent vous être utiles :

Promouvoir la santé à l'école

Ce bulletin de liaison est diffusé trimestriellement aux Services de Promotion de la Santé à l'École (PSE) avec pour objectifs de valoriser les initiatives prises sur le terrain scolaire par les équipes PSE et de favoriser la diffusion de toutes informations pertinentes au sein du secteur.

Vous pouvez télécharger cette publication via le lien suivant :

<http://www.sante.cfwb.be/publications-et-periodiques/promouvoir-la-sante-a-lecole/>



PROMOUVOIR LA SANTÉ À L'ÉCOLE
N° 30
juin 2010

ANNIVERSAIRE DE L'A.P.M.S.

ÉDUCATION ET SANTÉ MENTALE

Les 20 et 21 novembre derniers, l'Association Professionnelle des Médecins Scolaires fêlait son dixième anniversaire à Spa. À cette occasion plusieurs orateurs ont pris la parole sur divers aspects de la santé mentale. Il nous a semblé bon de faire écho à ces exposés, qui intéresseront sans doute l'ensemble des équipes de promotion de la santé à l'école.

MINIURE ÉTRANGÈRE NON ACCOMPAGNÉE

MINA : un terme juridique, un statut, un acronyme de quatre lettres qui a fini par recouvrir et occulter la réalité qu'il désigne : celle de l'enfance en exil. La problématique des mineurs étrangers non accompagnés est extrêmement complexe. De nombreux clichés véhiculés par des discours sécuritaires sont accolés à ces jeunes : délinquants, parasites, profiteurs... Pourtant, bien avant toutes les étiquettes qu'on leur colle, les MINA sont des enfants et des adolescents seuls et loin de chez eux. Qui sont-ils ? D'où viennent-ils ? Pourquoi ? Comment les accueille-t-on en Belgique ? Quels sont leurs droits et leurs devoirs ? Quels sont leurs rêves, leurs espoirs et leur avenir ? Ce sont quelques-unes des questions abordées dans le dossier du dernier numéro de Bruxelles Santé. Si vous ne recevez pas ce trimestriel, vous pouvez vous abonner gratuitement en contactant le secrétariat de l'Atelier Question Santé (02) 512 41 74. info@question-sante.org. Vous pouvez également consulter la revue en ligne sur www.question-sante.org/publications/besante.html

Éric Janssens, Premier Substitut du Procureur du Roi et responsable de la section Jeunesse au Parquet du Tribunal de Première Instance de Nivelles, était invité à parler de la maltraitance. Tout magistrat qu'il soit, il a insisté pour situer son intervention au niveau éducatif. Il considère toute personne inscrite dans une pratique d'éducation comme son partenaire ; et au premier chef les parents, qu'il s'agit de replacer dans leur responsabilité naturelle. M. Janssens présente son rôle comme celui d'un aiguilleur dans un organigramme d'une grande complexité, et avec une multiplicité d'intervenants et de niveaux d'intervention. Il a vivement plaidé en faveur de la pluridisciplinarité dans les équipes et le travail en réseau, autrement dit pour un déclinaisonnement tant interne qu'externe. Travailler seul, a-t-il affirmé, c'est définitivement terminé. Le premier devoir est d'aller frapper à la porte des partenaires : simplement échanger, nouer un dialogue, déboucher déjà sur des suggestions, des points de vue utiles à chacun. L'enjeu est parfois d'installer ce réseau dans la durée, de ne pas ouvrir une nouvelle « bulle de décisionnement » à chaque nouveau problème.

L'adolescent a-t-il muté ?

Le D^r Philippe van Meerbeek est psychanalyste, professeur de psychologie médicale à l'UCL et fondateur du département pour adolescents du centre de guidance Chapelle-aux-Champs. Il était invité à parler de l'adolescence en 2009. Partant du film de Raoul Blanc, il attira l'attention sur la profonde coupure qui est intervenue avec l'avènement du Web : selon lui, et suivant Michel Serres, les adolescents d'aujourd'hui sont aussi étrangers au monde d'avant Internet que

nous le sommes au monde d'avant 1914 dans le film de Michaël Hanneke. Notre propre savoir, notre propre expérience de l'adolescence, nous seraient plus d'accus seconds, nos catégories de pensée étant obsolettes.

On n'est certes pas obligé d'entériner cette analogie. Reste que les ruptures de représentations et donc l'incompréhension entre générations sont une caractéristique culturelle de l'ère moderne depuis au moins les lendemains de la Seconde Guerre mondiale. On peut donc, avec le Professeur van Meerbeek, repartir de la question : qu'est-ce qui reste indispensable pour grandir ? Et retourner à la tradition initiatique : trouver un temps où un maître hie, un adulte-relais aujourd'hui, joue le rôle de guide. Non pas celui qui montre la direction mais celui qui dit : « ces questions sont aussi les miennes et je continue à être en recherche. J'ai trouvé des formes de réponses qui sont peut-être bonnes pour moi mais pas nécessairement pour toi. Je peux aussi te dire comment d'autres ont trouvé d'autres réponses. »

L'adulte-relais peut être un professeur, le père ou la mère d'un copain ou d'une copine, et pourquoi pas une infirmière, un médecin scolaire, un psychologue de CPMS ? L'adulte-relais ne sait pas qu'il va le devenir car c'est le jeune lui-même qui le choisit ; ayons donc à l'esprit que nous pouvons l'être un jour pour un jeune en quête d'un adulte attentif à ce qu'il vit, désireux de comprendre avec lui les questions qui l'animent, prêt à lui renvoyer ces questions pour qu'elles restent toujours les siennes. Car même si nous, en tant qu'adultes, avons trouvé des réponses, c'est la question qui est importante : qu'est-ce qui fait qu'une vie vaut la peine d'être vécue, qu'est-ce que c'est d'être un homme ou une femme, qu'est-ce que c'est d'être un jour le père ou la mère d'un enfant ? Toutes ces questions éternelles

« J'arrête quand je veux ! »

Nicolas Ancelet

Ma premiers romans

En conclusion : l'idée n'est pas de lutter contre les jeux mais de fixer des limites non seulement de temps mais aussi de contenu. Ce qui implique de se fixer un minimum à ces contenus en se familiarisant avec les jeux. Parents, éducateurs, encore un apprentissage en vue... Vous pouvez aussi aller faire un tour sur www.janreseaujeux.org, où se trouvent des questions-réponses et des suggestions aux parents (points de discussion), aux éducateurs (guides pédagogiques, idées d'activités) et aussi aux enfants (imaginer des fins différentes, donner son avis, écrire une histoire).

« Promouvoir la santé à l'école » est réalisé par le Service communautaire de promotion de la santé / Questions Santé 0811, 71 rue du Vieux, 1050 Bruxelles. Tél: 02 512 41 74 - Fax : 02 512 54 36 Courriel : question.sante@dynet.be Site : www.question-sante.org

Secrétaire de rédaction : A. Cheronnier

Conseil de rédaction : Philippe Demoulin, Sabine Dewilck, Fabienne Henry, Madly Bania, Sophie Jellens, Roger Joréls, Carine Meert, Raymond Moriaux, Catherine Spicq, Patrick Thelias

Maquette : Marjolé Logez

Les articles non signés sont de la rédaction. Les articles signés s'engagent par leur auteur.

Éditeur responsable : Olivier Degryse, 44 Boulevard Léopold II, 1050 Bruxelles.

PROMOUVOIR LA SANTÉ À L'ÉCOLE - 3

« Bon à savoir » : comme d'habitude, de nombreuses directions d'écoles seront présentes. Une occasion de (re)renouer des contacts...

PROMOUVOIR LA SANTÉ À L'ÉCOLE - 4

EPI-SCOOP

EPI-SCOOP est le Bulletin d'information épidémiologique de l'Institut scientifique de santé publique. Publié trois fois par an, il présente l'état d'avancement des projets, les publications et les présentations de la Direction opérationnelle « santé publique et surveillance » de l'ISP.

Vous pouvez télécharger cette publication via le lien suivant :

<http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epifr/episcoop/episcoop.htm>

Table des matières

P1: Les infections par le VIH en Belgique: augmentation continue des diagnostics de VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes
André Gossard

P2: Le projet Pivo/Pivo: les dossiers médicaux informatisés des médecins généralistes sont-ils utiles pour la recherche en santé publique ?
Nicolas Van Damme

P3: Virus liés au VIH et à la santé maternelle: résultats de la troisième campagne nationale pour l'hygiène des mains dans les hôpitaux
Fay Lerner

COMITÉ DE RÉDACTION
Nathalie Brochez
Généraliste D'origine
Touba Akyuzova
Généraliste Van Damme
Herman Van Duyn

ISP-WIV
Rue J. Wuytman 14
1050 Bruxelles | Belgique
T +32 2 642 50 31
F +32 2 642 54 10
ISSN 2032-2382 (imprimé)
ISSN 2032-2279 (en ligne)

LES INFECTIONS PAR LE VIH EN BELGIQUE : AUGMENTATION CONTINUE DES DIAGNOSTICS DE VIH CHEZ LES HOMMES QUI ONT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES

INTRODUCTION
Dans de nombreux pays d'Europe occidentale, on a observé une réémergence de l'épidémie de VIH et des taux de notification élevés continus de nouveaux diagnostics de cas de VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Les diagnostics d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) concomitantes ont également connu une nette augmentation dans ce groupe à risque. Le Belgique connaît actuellement une hausse du nombre de nouveaux diagnostics de VIH caractéristique par une augmentation continue du nombre de cas chez les HSH. Dans cet article, basé sur les données de surveillance collectées par l'ISP (Epi-Scoop 2001, n°3), nous décrivons les tendances temporelles et les caractéristiques épidémiologiques des infections par le VIH en Belgique.

METHODES
En Belgique, tous les sérums avec des résultats de test de dépistage positif sont envoyés à un des sept Laboratoires de Référence SIDA pour confirmation. Pour chaque test confirmé, un formulaire est envoyé au médecin du patient qui fournit des données anonymes relatives à l'âge, au sexe, à la nationalité, au lieu de résidence, à l'orientation sexuelle, au mode de transmission probable du VIH et au taux de lymphocytes T CD4 (indicateur d'immunité) au moment du diagnostic du VIH. Les données sont intégrées dans une base de données VIH gérée par l'ISP.

RÉSULTATS
En 2008, 1079 nouveaux cas de VIH ont été diagnostiqués en Belgique. Il s'agit du nombre le plus élevé jamais rapporté. Durant la période 2003-2008, on a observé un plateau le taux d'infection par le VIH fluctuant entre 98 et 102 par million. Avant cette phase plateaux, le taux de nouveaux cas diagnostiqués avait augmenté de 47%, en passant de 69 par million en 1987 à 101 par million en 2003.

Ce plateau est constitué de 3 tendances opposées chez les HSH et les hétérosexuels. Au cours des dix dernières années, le nombre annuel de nouveaux diagnostics de VIH chez les HSH a augmenté de 200%, de 103 cas diagnostiqués en 1999 à 332 cas en 2008 (Figure 1). Durant la même période, la tendance des nouveaux diagnostics de VIH chez les hétérosexuels s'est inversée: dans un premier temps, le nombre annuel de nouveaux diagnostics a augmenté de 81%, de 298 cas diagnostiqués en 1999 à 540 cas en 2003; dans un second temps, ce nombre a baissé de 27%, jusqu'à 390 cas diagnostiqués en 2008 (Figure 1).

En 2008, près de la moitié des diagnostics de VIH ont été effectués chez des HSH (46%), bien que la transmission hétérosexuelle reste le mode d'infection rapporté prédominant (48%). Seulement 2% des patients ont été infectés par usage de drogue par voie intraveineuse (UDV). Les données sur le mode de transmission étaient disponibles pour approximativement 70% des nouveaux diagnostics.

La répartition des nouvelles infections par le VIH chez les HSH a été diagnostiqués chez des citoyens de nationalité belge (72%), suivis par les autres nationalités européennes (13%), les nationalités américaines ou asiatiques (9%) et les nationalités subsahariennes (1%). Parmi les nouveaux diagnostics chez les hétérosexuels, 58% étaient des patients d'Afrique subsaharienne et 27% étaient belges.

Les données de surveillance suggèrent une évolution du comportement en matière de dépistage du VIH chez les HSH et une amélioration significative en ce qui concerne le diagnostic précoce du VIH durant ces dernières années. Dans ce groupe, on a observé une hausse constante et significative du taux de CD4 lors du diagnostic de VIH entre 2001 et 2008 (2001 : 395 cellules/mm³, 2008 : 526 cellules/mm³; p<0.001), suggérant ainsi que les infections par le VIH ont été diagnostiquées de manière plus précoce ces dernières années.

be

Prospective Jeunesse Drogues-Santé-Prévention

Cette revue trimestrielle se veut être un lieu de réflexion, de formation et d'échange d'expériences, d'idées, de points de vue... pour les professionnels de la prévention, de la promotion de la santé, de la justice, du social, des soins et les adultes relais (parents, enseignants, éducateurs...) dans le souci de contribuer à rendre compte de la diversité et de la richesse des recherches et des pratiques sociales. La revue aborde une thématique spécifique sous des regards différents. Certaines thématiques dépassent la problématique des drogues et se situent dans une optique de prévention générale et de promotion de la santé.

Plus d'information sur le site <http://www.prospective-jeunesse.be/>

Prospective Jeunesse 54
Drogues Santé Prévention
Périodique Trimestriel

Le risque, une histoire de vie

La société du risque court à la catastrophe
Les conduites à risque à l'adolescence
Le risque tout en nuances

Frédéric Neyrat
Damien Favresse
Modus Vivendi

- N'hésitez pas à nous faire parvenir vos suggestions :
Ministère de la Communauté française
Direction générale de la santé
Boulevard Léopold II 44
1080 Bruxelles
sophie.lefevre@cfwb.be
- Comité de rédaction : Jamila Buziarsist (ISP), Alain Cherbonnier (SCPS Question Santé), Philippe Demoulin (DGS), Dominique Doumont (SCPS Unité RESO/UCL), Madhy Kosia (DGS), Sophie Lefèvre (DGS), Sophie Lokietek (DGS), Roger Lonfils (DGS), Nathalie Noiret (DGS), Raymond Moriaux (DGS), Patrick Trefois (SCPS Question Santé).
- Coordination de la revue : Sophie Lefèvre (DGS)
- Conception graphique : SCPS Question Santé asbl
- Tirage : 10.000 exemplaires
- Remerciements pour leur contribution : Joëlle Berrewaerts (Handicap et Santé), Michaël Hogge (Eurotox), Tien Nguyen (CLPS Hainaut occidental), Alain Levêque (ESP-ULB), Anne-Aymone Meunier (CLPS Lux), Tatiana Pereira (DGS), Christelle Senterre (ESP-ULB), Karine Verstraeten (SCPS Unité RESO/UCL).
- Remerciements pour leur relecture : Jean-Michel Antonutti (DGS), Marie-Anne Goosse (DGS)
- Les articles publiés par Santé en Communauté française n'engagent que leur auteur. Les articles non signés sont de la Direction générale de la santé.
- Cette publication semestrielle peut être téléchargée sur le site www.sante.cfwb.be



Publication de la Direction générale de la santé
du Ministère de la Communauté française,
Bd Léopold II 44 - 1080 Bruxelles
Tél. : +32(2) 413.26.01
Fax : +32(2) 413.26.13
Site internet : www.sante.cfwb.be

Secrétariat de rédaction :
Sophie Lefèvre
Editeur responsable :
Serge Carabin
44 bd Léopold II - 1080 Bruxelles
D/2010/10134/3