395

Mai-Juin 2008 - 6 €

# Santá Cande l'homme



Prévention de l'alcoolisation fœtale à la Réunion

#### Maternelle:

supprimer la collation ou éduquer ?

### Persepolis:

pour débattre avec des ados



# La revue de la prévention et de l'éducation pour la santé



#### 52 pages d'analyses et de témoignages

#### Tous les deux mois

- l'actualité
- l'expertise
- les pratiques
- les méthodes d'intervention dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé

#### Une revue de référence et un outil documentaire pour :

- les professionnels de la santé, du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

#### Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux

Je souhaite m'abonner pour :

iournalistes

1 an

### **Abonnez-vous! 1 an = 28 €**

28€

2 ans	8 € ¤ 1an (6 numéros)
Étudiants (1 an)	9 € ¤ 2 ans (12 numéros)
Autres pays et outre-mer (1 an)	8 € ¤ Étudiants 1 an (6 numéros)  Joindre copie R°/V° de la carte d'étudiant
Je recevrai un numéro gratuit par les numéros suivants (en fonction stocks disponibles):	(b numeros)
<ul> <li>L'Europe à l'heure de la promotio de la santé, n° 371.</li> <li>Nutrition, ça bouge à l'école, n° 3</li> </ul>	Ci-joint mon règlement à l'ordre de l'INPES
<ul> <li>Médecins-pharmaciens :</li> <li>les nouveaux éducateurs, n° 376</li> </ul>	Nom Prénom
<ul> <li>Les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé, n° 377</li> </ul>	0
<ul><li>¤ La santé à l'école, n° 380.</li><li>¤ Mieux prévenir les chutes chez</li></ul>	Adresse
les personnes âgées, n° 381. ¤ Démarche participative et santé,	
n° 382. ¤ La promotion de la santé à l'épre des territoires. n° 383.	uve Date



n° 384.

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé 42, bd de la Libération - 93203 Saint-Denis Cedex - France

Signature



est éditée par : L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) 42, boulevard de la Libération 93203 Saint-Denis Cedex Tél.: 01 49 33 22 22 Fax: 01 49 33 23 90

Directeur de la publication : Philippe Lamoureux

http://www.inpes.sante.fr

#### RÉDACTION

Rédacteur en chef: Yves Géry Secrétaire de rédaction : Marie-Frédérique Cormand Assistante de rédaction : **Danielle Belpaume** 

#### **RESPONSABLES DES RUBRIQUES:**

Qualité de vie : Christine Ferron -dired@inpes.sante.fr>

La santé à l'école : Sandrine Broussouloux et

Nathalie Houzelle

<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>

Débats : Éric Le Grand <legrand.eric@cegetel.net>

Aide à l'action : Florence Rostan <florence.

rostan@inpes.sante.fr>

La santé en chiffres/enquête : Christophe Léon <christophe.leon@inpes.sante.fr> International: Jennifer Davies

<jennifer.davies@inpes.sante.fr> Éducation du patient : Isabelle Vincent

<isabelle.vincent@inpes.sante.fr> Cinésanté : **Michel Condé** <michelconde@grignoux.be>

et Alain Douiller <alain.douiller@free.fr> Lectures – Outils : Centre de documentation <doc@inpes.sante.fr>

#### **COMITÉ DE RÉDACTION:**

Jean-Christophe Azorin (Centre de ressources prévention santé), **Dr Bernard Basset** (INPES), **Soraya Berichi** (ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports), Dr Zinna Bessa (direction générale de la Santé), Mohammed Boussouar (Codes de la Loire), Dr Michel Dépinoy (InVS), Alain Douiller (Codes de Vau-cluse), Annick Fayard (INPES), Christine Ferron (Cres de Bretagne), Laurence Fond-Harmant (CRP-Santé, Luxembourg), Jacques Fortin (professeur), Christel Fouache (Codes de la Mayenne), Myriam Fritz-Legendre (Ceméa), Sylvie Giraudo (Fédération nationale de la Mutualité française), Joëlle Kivits (SFSP), Laurence Kotobi (MCU-Université Bordeaux?3), Éric Le Grand (conseiller), Claire Méheust (INPES), Colette Ménard (INPES), Félicia Narboni (ministère de l'Éducation nationale), Élodie Aïna-Stanojevich (INPES), Dr Stéphane Tessier (Crésif/Fnes).

Fondateur : Pr Pierre Delore

#### **FABRICATION**

Création graphique : **Frédéric Vion** Impression : **Mame Imprimeurs** – Tours **ADMINISTRATION** 

Département logistique (Gestion des abonnements) : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52) Commission paritaire : 0508 B 06495 – N° ISSN : 0151 1998. Dépôt légal : 2° trimestre 2008. Tirage : 6 000 exemplaires.

Les titres, intertitres et chapô sont de la responsabilité de la rédaction

Promouvoir la santé des jeunes,

# sommaire

395

Mai-Juin 2008

La Réunion : un réseau de professionnels pour lutter contre le syndrome d'alcoolisation fœtale  Célia Provost
« Agir en proximité pour rompre l'isolement des femmes » Entretien avec Annick Maillot-Leu et Martine Ribaira
<b>Les mangeurs face aux discours nutritionnels</b> Chantal Crenn, Anne-Elène Delavigne, Matthieu Duboys de Labarre, Karen Montagne, Frédéric Précigout, Isabelle Téchoueyres 9
▶ La santé à l'école Maternelle : supprimer la collation ou éduquer ? Sophie Perrier-Ridet, Didier Jourdan
Dossier
Développement durable et promotion de la santé
Éditorial Delphine Girard, René Demeulemeester15
Développement durable et santé ? Même combat! Jacques A. Bury
« La santé doit se situer au cœur du développement durable » Entretien avec Laurence Tubiana21
Développement durable et inégalités de santé : une question de solidarité  Luc Ginot
« Une nutrition saine ne peut se passer du développement durable » Entretien avec Serge Hercberg
Brive-la-Gaillarde, une ville bien dans son assiette  Marc Brandy
Suisse : des restaurateurs associent repas équilibrés et développement durable Elena Portolès Nikles
Au Québec, les fermes écologiques approvisionnent les écoles  Marie-Ève Roy
L'autoréhabilitation accompagnée du logement : un outil de prévention

**D** Qualité de vie

Des agriculteurs cultivent des jardins avec les familles des cités  Jean-Paul Barbot
En Belgique, des professionnels pour ausculter les logements Sandrine Bladt
Promotion de la santé et vélo : l'expérience des Pays-Bas Hans Voerknecht
Le « pédibus » : pollution zéro et activité physique garanties  Yves Géry
Pour en savoir plus Céline Deroche

Illustrations: Magali Attiogbé



Diabete : un film-support pour l'education du patient	
Sabine Durand-Gasselin	35

#### Débats

#### Schémas régionaux d'éducation pour la santé : regards croisés

Michèle Culioli-Bigot, Nathalie Dagneau, Armelle Drexler, Camille Dumas, Pascal Fauchet, Damien Flourez, Damien Lagneau, Perry Mottier, Audrey Serveau, Élisabeth Wisniewski . . . . . . . . . 37

#### International Réduire les inégalités sociales de santé:

un défi pour l'Europe!  Anne Guichard
« Repérer et faire reconnaître les maladies professionnelles » Entretien avec Catherine German-Labaume 42
« L'épicerie solidaire est un lieu de promotion de la santé » Trois questions à Marie-France Sarbad 43
Des « bonnes pratiques » pour réduire les inégalités de santé  Denis Dangaix

#### Cinésanté

rersepous, un mun pour devalue												
avec les adolescents												
Michel Condé			٠.									4

#### ▶ Lectures - Outils

P Lectures - Outits	
Olivier Delmer, Céline Deroche,	
Fabienne Lemonnier, Élisabeth Piquet	48



# La Réunion : un réseau de professionnels pour lutter contre le syndrome d'alcoolisation fœtale

À la Réunion, six cents professionnels de la santé et du social travaillent ensemble au sein du réseau Réunisaf pour prévenir le syndrome d'alcoolisation fœtale. Un travail d'écoute, de suivi et de prise en charge de proximité, dont les premiers résultats sont incontestables. Mais des difficultés demeurent, parmi lesquelles le tabou de l'alcool chez les femmes et la réticence de certains professionnels à s'associer à ce dispositif.

Évoquer l'historique de la création du réseau de santé Réunisaf dans le sud de l'île de la Réunion depuis 1996 et comprendre ses objectifs, c'est aussi expliquer ma rencontre avec cette équipe associative et la population réunionnaise.

Jeune médecin généraliste, je suis arrivée, en 2002, à la Réunion sans connaissance aucune de l'île et de ce qu'était le syndrome d'alcoolisation fœtale, dont on ne m'avait jamais parlé au cours de mes études. En cela, je rejoignais nombre de professionnels médicaux mais aussi du secteur de l'enfance, notamment acteurs sociaux et enseignants, pour lesquels la toxicité spécifique de l'alcool sur le fœtus pendant la grossesse est souvent mal connue, voire ignorée, encore aujourd'hui.

Je cherchais un sujet de thèse et rencontrai le docteur Lamblin, médecin pédiatre au centre d'action médicosociale précoce (CAMSP) de Saint-Louis et alors coordinateur médical du réseau Réunisaf. Il poursuivait un projet d'étude longitudinale débuté plusieurs années auparavant et destiné à analyser le retentissement clinique et neuropsychologique d'une exposition à l'alcool in utero chez les enfants connus et accompagnés par le réseau à 2, 4 et 7 ans (1). Il m'offrit l'opportunité de réaliser les examens des enfants de la cohorte, et je découvris alors l'ampleur de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) mais aussi l'isolement et la détresse des familles marquées par

# Saf : un tableau clinique caractéristique

Le syndrome d'alcoolisation fœtale (Saf), décrit initialement par Lemoine en 1968 (2), est la conséquence pour l'enfant de la consommation d'alcool de sa mère pendant la grossesse. Selon le taux et les modalités d'alcoolisation (quantité, ivresses ou consommation régulière), selon la période de l'embryogenèse concernée, les atteintes peuvent varier en termes d'organe cible et de sévérité (3) :

– le Saf ou syndrome d'alcoolisation fœtale associe l'ensemble des signes suivants : déformation caractéristique de la face, retard de croissance, petit périmètre crânien, troubles neuro-comportementaux, malformations diverses (cardiaques, osseuses, rénales, etc.). Le tableau clinique complet est suffisamment caractéristique pour pouvoir être dépisté généralement dès la naissance.

Les enfants sont porteurs de handicaps psychomoteurs conséquents nécessitant habituellement l'organisation d'accompagnements spécialisés pluridisciplinaires dès le plus jeune âge;

– les formes partielles (ETCAF) associent de façon variable les signes précédents et peuvent avoir pour conséquences des difficultés neuro-comportementales révélées plus tardivement, au moment de l'entrée à l'école, à l'adolescence, voire à l'âge adulte. Ces enfants, diagnostiqués avec retard, n'ont parfois pas le bénéfice d'accompagnements spécialisés précoces et sont victimes ultérieurement de difficultés relationnelles, psychologiques, d'insertion sociale, parfois lourdes (4-9).

#### Seuil de toxicité incertain

De nombreux chercheurs se sont intéressés aux conséquences de ces formes de retentissement partiel sur le développement psychosocial des individus mais les protocoles de recherche centrés sur la consommation d'alcool pendant la grossesse posent des problèmes éthiques et méthodologiques, et plusieurs éléments restent à explorer.

En tout état de cause, il n'a jamais été possible d'établir avec certitude un seuil de consommation non toxique et le principe de précaution recommande de conseiller l'abstinence pendant toute la durée de la grossesse, voire dès le désir de conception lorsque cela est possible (10).

#### Une île lourdement touchée

La Réunion est lourdement touchée par l'alcoolisme. Les causes en sont multiples: une histoire marquée par l'esclavage étant notamment traduite par une division fréquente des familles (NDLR: avec les hommes d'un côté, les femmes et les enfants de l'autre), un essor socioéconomique brutal qui a suscité des besoins que les ressources individuelles, souvent insuffisantes et encore réduites par l'explosion du chômage dans certains secteurs d'activité, n'ont pas pu satisfaire (11). Perte de l'emploi principalement masculine, désorganisation familiale, creusement des écarts sociaux ont entraîné un accroissement des conduites d'alcoolisation, facilité par le faible coût du rhum (culture locale de la canne à sucre), aujourd'hui remplacé par la bière pour les plus jeunes (12). Le déséquilibre entre l'augmentation des possibilités d'emploi dans le secteur tertiaire, plutôt féminin, et la baisse des propositions d'activité agricole, secteur plutôt masculin, a accentué dans certains cas le malaise intrafamilial et porté atteinte à la place des hommes dans la société. Violences conjugales et alcoolisme ont finalement peu à peu trouvé leur place (13, 14).

#### Écouter le ressenti des femmes

En 1996, Denis Lamblin a constaté que, lors de ses consultations au CAMSP, il rencontrait de plus en plus d'enfants porteurs du Saf. Ses entretiens avec les mères de ces enfants lui ont appris à écouter leur ressenti d'isolement, de honte et de culpabilité.

Il lui est apparu rapidement que :

- les connaissances et l'information
concernant le risque lié à la consommation d'alcool pendant la grossesse
étaient insuffisantes, qu'il s'agisse des

femmes elles-mêmes ou des professionnels;

- les familles qu'il suivait ne pouvaient être réellement aidées que par un réseau de professionnels organisé autour d'elles et par l'élaboration d'un projet de vie;
- il fallait aider les professionnels de tous secteurs d'activité à comprendre ces mères sans les juger, à savoir les écouter et surtout à maintenir une démarche de soin nécessaire à la prévention de grossesses ultérieures exposées à l'alcool.

Il décida alors de former un « cœur de réseau », équipe d'animatrices issues de formations sociales, pour accompagner les mères en difficulté avec l'alcool vers une amélioration de leur qualité de vie, une abstinence vis-à-vis de l'alcool et/ou une contraception efficace.

En 2001 se crée officiellement le réseau de santé Réunisaf, qui, outre l'activité « cœur de réseau », propose peu à peu dans le sud de l'île :

- d'organiser des formations spécialisées et des actions de prévention dans les collèges, les écoles, les lieux d'apprentissage des futurs travailleurs paramédicaux, sociaux, etc.;
- d'élaborer des protocoles de recherche destinés à faire évoluer les connaissances et les modalités d'accompagnement;
- de recenser tous les partenaires locaux sensibilisés à la problématique « alcool et grossesse » ;

 - d'organiser des séminaires de proximité et des protocoles pour apprendre aux professionnels exerçant dans un même bassin de population à se connaître et à se structurer en réseau de proximité lorsqu'ils rencontrent une femme malade de l'alcool.

Le réseau de proximité, centré sur un référent ou une personne ressource, travaille avec les familles en associant les compétences diverses de ceux qui le constituent, autour d'un projet de soin choisi par la femme en difficulté. Les professionnels de ce réseau communiquent directement ou par l'intermédiaire de l'animatrice de Réunisaf, à chaque fois que nécessaire et particulièrement lorsque surgit un événement déstabilisant pour la famille, susceptible de remettre en cause la pertinence et le suivi du projet.

Coordinatrice médicale de Réunisaf depuis juillet 2006, je continue avec l'équipe à faire valoir la pertinence de ce concept de réseau de santé que j'ai découvert cinq ans auparavant et qui me semble aujourd'hui indispensable.

### Six cents professionnels associés

Nous travaillons actuellement auprès de cent quarante-neuf familles et six cent soixante et un enfants, en collaboration avec plus de six cents professionnels concernés et sensibilisés au risque lié à la consommation d'alcool pendant la grossesse (15).

## qualité de vie

48 % des femmes accompagnées par le réseau étaient abstinentes lors du bilan d'activité de l'année 2006. En 2006, aucune femme connue du réseau de Réunisaf n'a accouché d'un enfant présentant des signes de Saf diagnostiqués à la naissance, ce qui n'exclut pas les formes partielles, qui pourront être diagnostiquées plus tard et les naissances dont nous n'avons pas eu connaissance. En soi, ce résultat contraste avec l'incidence mesurée du Saf dans le sud de la Réunion en 1998, soit 4,3 pour mille naissances (16).

Pour autant, beaucoup reste encore à faire. Récemment, la sénatrice Anne-Marie Payet a défendu l'apposition d'un logo dissuasif sur les bouteilles d'alcool, arguant de la nécessité d'informer les personnes sur ce risque encore sous-estimé. Cependant, il faut noter que l'ampleur du secteur géographique ne permet pas à l'équipe de Réunisaf d'être présente sur l'ensem-

ble du territoire. De même, le fonctionnement en réseau de santé n'est pas encore entré « dans les mœurs ». Certains professionnels s'y refusent, n'y voyant pas un outil d'aide à la pratique mais plutôt un engrenage administratif lourd et source d'ingérence de leur liberté d'exercice. Enfin, le tabou et le regard de la société sur les femmes qui consomment de l'alcool en quantité excessive empêchent encore trop souvent ces femmes d'aller à la rencontre des aidants ; ils alourdissent le poids de l'exclusion dont elles se sentent l'objet et l'isolement dans lequel elles s'enferment.

Autant de points sur lesquels il faudra que Réunisaf, et sans doute la société dans son ensemble, soit chacun d'entre nous, poursuive sa réflexion.

#### Célia Provost

Médecin, coordinatrice médicale de Réunisaf, île de la Réunion.

(1) Provost C. La problématique du syndrome d'alcoolisation fœtale : prévention et dépistage. Réflexions à partir du suivi à l'âge de 7 ans et demi d'une cohorte d'enfants expolsés à l'alcool in utero. Thèse de médecine, Grenoble, 2004 : 166 p.

(2) Lemoine P. Les enfants de parents alcooliques. Anomalies observées: à propos de 40 cas. Ouest médical 1968; 75:579-80. (3) Diamond I., Gordon A.S. Cellular and molecular neuroscience of alcoholism. Physiol. Rev. 1997; 77(1):1-20.

(4) Dehaene P. La grossesse et l'alcool. Paris : Puf, coll. Que sais-je ? n° 2934, 1995 : 128 p. (5) Hérent-Ducoulombier V. Critères diagnostiques du syndrome d'alcoolisation fœtale chez l'adulte. Lille : université Lille 2 Droit et Santé, thèse de médecine ; 2003 : 76 p.

(6) Statton K. Howe C., Battaglia F. Fetal alcohol syndrome: diagnosis, epidemiology, prevention, and treatment. Institute of medicine. Division of biobehavioral sciences and mental disorders. Committee to study fetal alcohol syndrome. Washington, DC: National academy press, 1996: 250 p.

(7) Scharbach H., Boucard C. Enfants de parents alcooliques. Étude statistique sur l'incidence au niveau psychopathologique et criminologique. Annales médico-psychologiques 1982; 140 (7): 783-92.

(8) Streissguth A.P. The behavioral teratology of alcohol: performance, behavioral, and intellectual deficits in prenatally exposed children.

In: West J. (ed.) *Alcohol and brain development*. New York: Oxford University Press, Inc., 1986: 3-44.

(9) Streissguth A.P., Barr H.M., Kogan J., Bookstein F.L. Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with fetal alcohol syndrome (FAS) and fetal alcohol effects (FAE): final report. Seattle WA: university of Washington School of Medicine, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Fetal Alcohol and Drug Unit, 1996.

(10) Subtil D., Fourmaintraux A., Danel T., et al. Alcool pendant la grossesse: tératogène et neuro-toxique. CNGOF, 2003: p. 307.

(11) Drass, ORS de la Réunion. Prévalences des problèmes d'alcool parmi les usagers des systèmes de soins : libéral et hospitalier à la Réunion. Saint-Denis : ORS de la Réunion, 2001 : 8 p.

(12) ORS de la Réunion. *Tableaux de bord sur les addictions à la Réunion*. Saint-Denis : 5° édition, octobre 2007 : 16 p.

(13) Cambefort J.-P. Les femmes dans la société multiculturelle réunionnaise : approche comparative avec la société sud-africaine. Revue Alizés 1997 ; n° 14 : 145-60.

(14) Service des droits des femmes, secrétariat d'État aux Droits des femmes et à la Formation professionnelle. Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff) 2000. (15) Réunisaf. Bilan d'activité 2006.

(16) Maillard T. *L'alcoolisation fœtale à la Réunion*. Thèse de médecine, Rouen, 1998 : 129 p. COMMUNIQUÉ



Entretien avec Annick Maillot-Leu, animatrice, et Martine Ribaira, médiatrice familiale au réseau de santé Réunisaf.

# « Agir en proximité pour rompre l'isolement des femmes »

Au sein de Réunisaf, des animatrices médiatrices assurent le dialogue et le suivi avec les femmes pendant la grossesse. Un face-à-face avec une attitude d'écoute qui explique les résultats positifs obtenus par ce travail de prévention. Les animatrices organisent aussi des « jeux de rôles » avec les autres professionnels du réseau, pour les amener à mieux prendre en compte ces familles. Mais libérer la parole et vaincre les résistances exigent du temps.

La Santé de l'homme : Vous êtes animatrices au réseau de santé Réunisaf. Comment travaillezvous ?

Annick Maillot-Leu: Le réseau Réunisaf, né dans l'île de la Réunion, est une structure en charge de l'accompagnement de femmes qui, durant leur grossesse, s'alcoolisent. Elles développent alors un syndrome d'alcoolisation fœtale (Saf), un processus particulièrement dangereux, pour la mère mais aussi pour l'enfant. Ce dernier connaîtra un certain nombre d'anomalies et de handicaps sérieux qui seront fonction du degré d'alcoolisation de la mère. Nous sommes une unité de prévention. Nous intervenons pendant la grossesse, auprès de femmes qui nous sont adressées soit par le milieu familial, soit par l'environnement social ou médical.

Martine Ribaira: Annick et moi fonctionnons au réseau depuis sa création. Nous avons vu beaucoup de monde et nous suivons ou avons suivi plus de cent cinquante familles touchées par ce phénomène d'alcoolisation fœtale. Réunisaf, c'est un réseau avec un local, un secrétariat, un outil informatique partagé et un site Internet pour informer sur notre action. C'est donc un lieu théoriquement ouvert aux mamans souffrant de cette addiction. Théoriquement, car l'expérience nous démontre qu'elles ne viennent pas facilement. Ce sont toujours nous qui allons vers elles.

# S. H.: Pourquoi et comment ce réseau s'est-il mis en place?

A. M.-L.: Des professionnels de santé ont eu le projet très ambitieux de créer ici le premier réseau de ce genre. Car il a fallu faire des constats, des études pour entamer ce travail de repérage et d'accompagnement. Ceux-ci nous ont permis de rassembler beaucoup d'éléments qui, aujourd'hui, sont la base d'une connaissance générale reconnue par de nombreux praticiens. La Réunion comptait beaucoup de cas de femmes s'adonnant à l'alcool, qu'elles soient enceintes ou pas. Mais l'île n'est pas le seul territoire à connaître ce fait. Nous avons été précurseurs de quelque chose qui nous rend à la fois fières et humbles. Et qui devrait déboucher, grâce au travail mené par

Denis Lamblin, médecin pédiatre, sur l'organisation d'un réseau national. Oui, nous sommes fières de montrer l'exemple, nous qui sommes sur une île lointaine.

### S. H.: En quoi consiste votre travail?

A. M.-L.: Notre porte d'entrée est une femme en âge d'être mère, enceinte ou qui a accouché et qui présente un risque par rapport à la consommation d'alcool. À partir du moment où elle nous est adressée, notre travail va être d'organiser autour d'elle, pour rompre son isolement, ce que l'on appelle un réseau de proximité. Ce réseau de

proximité est composé de personnes ressources pour l'accompagner dans son projet de vie. Nous essayons d'organiser cela avec des professionnels médicaux, sociaux, tous profils pouvant intervenir en direction d'une famille où il y a ce type de problème.

### S. H.: Avez-vous une formation particulière?

**A. M.-L.:** Nous sommes de formation sociale et familiale. En ce qui me concerne, je suis éducatrice spécialisée mais notre action est collective et dans notre équipe nous avons, par exemple, quelqu'un qui possède une formation de technicienne sociale et familiale et qui a une expérience de maman ayant eu des difficultés avec l'alcool. Elle est mère d'une petite fille porteuse du Saf. C'est,

### qualité de vie

à mon avis, un point fondamental pour entrer en contact avec les mamans concernées puisqu'elle a vécu la même situation.

M. R.: Quand j'ai été embauchée à Réunisaf, il y a six ans, j'étais secrétaire d'accueil. Très rapidement, comme mes collègues, j'ai été propulsée sur le terrain. La première année, nous avions cinquante-sept personnes à suivre. La pratique s'est faite au fur et à mesure de nos rencontres, de nos accompagnements. Ce qui est compliqué, c'est de parler de l'alcoolisation, et au féminin. Notre principale difficulté, dans notre pratique quotidienne, est d'être confrontées à des mamans qui n'osent pas parler. Notre objectif est d'essayer d'offrir un espace d'expression à ces mamans. Et, parfois, il faut du temps pour arriver à cela, pour vaincre cette résistance, mais aussi les éléments de blocages qui peuvent exister ici et là.

# S. H.: Qu'entendez-vous par « éléments de blocage » ?

**A. M.-L.:** La représentation d'une femme qui s'alcoolise peut provoquer chez les autres des attitudes témoignant de l'existence de préjugés. Et nous avons autour de nous des professionnels qui eux aussi résistent, à leur manière. Il y a ceux qui ne savent pas comment en parler, comment faire. Il est nécessaire dans notre approche de tenir compte du désarroi de ces professionnels-là et de leur offrir des petits trucs bien pratiques pour qu'ils soient plus à l'aise.

M. R.: Quand on accueille une femme, qu'elle soit alcoolisée ou pas à ce moment-là, on sait qu'elle a un souci avec l'alcool. Nous ne la regardons pas comme une personne qui s'alcoolise. Nous allons tout faire pour enlever cette étiquette et essayer d'aller à la rencontre de la personne qui se trouve derrière. Parce que l'alcool est un symptôme. Ce qui amène cette femme à boire, c'est quelque chose de l'ordre d'une souffrance, d'un traumatisme, vécu le plus souvent dans la petite enfance et qu'elle se coltine depuis des années. L'alcool a été le seul moyen qu'elle a trouvé à un moment donné pour essayer d'anesthésier cette souffrance.

**A. M.-L.:** Je suis entièrement d'accord. Nous devons avoir un autre regard,

nous devons regarder cette femme autrement, la respecter dans son entité, sa singularité. Nous devons essayer de ne pas plaquer sur elle un quelconque schéma, faire vraiment avec elle. J'ai envie de dire à cette maman : « Alors, vous en êtes où ? Et comment avez-vous envie d'avancer ? »

# S. H.: Vis-à-vis des résistances de certains professionnels, vous avez évoqué des petits trucs. De quelle nature sont-ils?

**A. M.-L.:** Nous faisons des jeux de rôles par exemple. Je joue le rôle de la femme qui s'alcoolise et qui refuse d'en parler. Je mime la résistance et j'essaye ainsi de provoquer les réactions. Nous échangeons beaucoup pour comprendre et analyser nos diverses attitudes. Et puis, inversement, je demande au médecin ou à l'assistante sociale de jouer le rôle de la personne qui est en difficulté avec l'alcool. J'ai eu une formation très centrée sur l'étude de la personne. Je suis très sensible aux gestes, à l'écoute, à l'accueil positif et inconditionnel. J'essaye de saisir ce qui se passe dans le moment et de rebondir à partir de là. Si je vois que la maman n'est pas prête à me parler, je mets des mots : « Dites-moi ce que vous avez envie de me dire. Je ne suis pas là pour vous juger. »

M. R.: Nous voyons beaucoup de changements d'attitude, c'est extraordinaire. Ils passent assez rapidement de la résistance à l'ouverture à l'autre, et là, nous sommes contentes. Là encore, il est nécessaire de comprendre que chacun d'entre nous a ses propres difficultés pour aller vers quelqu'un, surtout quand cette personne vit avec des problèmes. Je comprends très bien que, face au problème de l'alcool, certains puissent être mal à l'aise.

# S. H.: Quels sont les principaux enseignements de votre pratique professionnelle?

**A. M.-L.:** J'ai beaucoup appris à l'écoute de ces mamans. Ce sont elles qui détiennent leurs vérités. Leurs attitudes ont valeur de respect. Il nous faut rester très simples et être humbles devant leurs parcours. Nous ne devons pas arriver là avec notre grand savoir et dire « c'est ça qui serait bon pour vous ». Non. Nous devons voir avec elles là où elles sont et les considérer comme des per-

sonnes capables d'être actives et de se prendre en main.

M. R.: Il y a deux volets à Réunisaf. Il y a l'accompagnement mais également la coordination du réseau de proximité. Au niveau de l'accompagnement, cela se passe très bien et, effectivement, nous apprenons beaucoup auprès de ces mamans. C'est vrai que, parfois, nous avons des difficultés avec des mères qui ne veulent pas ou ne peuvent pas communiquer. Petit à petit, nous y arrivons, en discutant et en recensant les besoins de ces mamans. Mais nous ne sommes pas Zorro. Nous avons besoin de l'appui d'autres professionnels. Et travailler ensemble n'est pas chose simple. Nous avons, je dois le dire, quelques difficultés dans la coordination du réseau de proximité. Car c'est lourd. Il y a des niveaux d'implication très différents. Chaque professionnel est censé aborder la maman à travers ses compétences. Se mettre autour d'une table et discuter d'une situation souvent complexe avec des points de vue qui divergent n'est pas simple, quelle que soit la qualité du professionnel. Mais, et c'est là l'essentiel, nous avons besoin de travailler en partenariat.

A. M.-L: Je ne dresserai pas un bilan complet (NDLR: voir l'article du docteur Provost, pages précédentes) mais citerai juste un ou deux chiffres: quand nous avons démarré, nous comptions vingt-cinq enfants, dans le sud de la Réunion, victimes du syndrome d'alcoolisation fœtale. En 2005, nous en avions zéro. Nous avons eu des mamans qui ont eu des enfants atteints du Saf mais ce n'était plus le cas à la grossesse suivante. Je crois que c'est la démonstration d'un travail en réseau. Ces mamans ont intégré le message « zéro alcool » que nous avons essayé de faire passer. C'est le résultat de protocoles que nous avons signés avec la maternité, les centres de protection maternelle et infantile, la justice.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**Journaliste.

Pour en savoir plus http://www.reunisaf.fr

# Les mangeurs face aux discours nutritionnels

Quel est l'impact des discours nutritionnels sur les comportements alimentaires ? Une équipe d'anthropologues a enquêté auprès de cent personnes en France. Elle souligne la confusion, dans le public, entre information santé et discours publicitaire. Et conclut, par ailleurs, qu'une information nutritionnelle normative n'atteint pas forcément les différentes strates de la population parce qu'elle ne prend pas en compte leur culture, leur environnement et leur situation économique et sociale.

En 2006 et 2007, nous avons effectué une étude socio-anthropologique <sup>1</sup> relative au rapport à l'alimentation et aux injonctions nutritionnelles auprès d'une centaine de personnes<sup>2</sup>. Nous cherchions à comprendre pourquoi les politiques nutritionnelles se heurtent à des difficultés de réception et d'application auprès des groupes qu'elles ciblent.

S'il n'est pas possible de présenter ici l'ensemble des résultats, disponibles en ligne<sup>1</sup>, on constate que la force de persuasion des « experts » – médecins, infirmières, conseillères en économie sociale et familiale, personnels des caisses d'allocations familiales – susceptibles de porter les discours de santé publique en matière alimentaire est moindre que celle des publicités des industries agroalimentaires.

#### Capter les consommateurs

Les produits manufacturés accompagnent les individus dans leur quotidien, notamment par l'intermédiaire de leur emballage. Or les arguments publicitaires qu'ils présentent sont souvent pris pour argent comptant et confondus avec des informations nutritionnelles fiables. Le secteur de la petite enfance en est particulièrement la cible : il y a confusion dans l'esprit des gens entre, d'une part, la politique de marketing qui identifie des groupes d'âge et cible sa communication et ses produits et, d'autre part, une alimentation qui serait spécifiquement adaptée – et donc meilleure –, par exemple pour les bébés et les enfants. Ainsi, l'habitude d'acheter du lait maternisé pour le nourrisson incite à se fournir ensuite en produits dits « pour bébé »: petits pots, compotes, etc. Or, ces derniers contribuent à la construction du goût. Une conséquence est qu'une compote maison, par exemple, sera plus tard rejetée; une autre est la perte de confiance de celui/celle qui cuisine en ses propres capacités à nourrir son enfant. S'ajoute, pour certaines personnes, l'importance de la capacité et de l'acte d'achat: pour pouvoir « être », elles ont le sentiment de devoir « avoir » ce qui leur semble le « mieux » dans l'agroalimentaire.

### Confusion entre publicité et information

Le sociologue Claude Fischler parle de « cacophonie alimentaire », d'une confusion induite entre conseils médicaux ou d'experts et discours publicitaires. C'est l'un des facteurs explicatifs des difficultés de réception des messages nutritionnels. Ils sont compris et connus mais détournés par le marketing et les grands groupes agroalimentaires. L'analyse des revues est révélatrice de cette cacophonie : une publicité pour un régime peut prendre la forme de conseils nutritionnels qui s'intercalent au milieu de conseils culinaires ou de beauté, pour tel ou tel aliment nouveau. Les « experts » rencontrés ont déploré la limitation de la portée de leurs conseils face à la puissance du discours des industries agroalimentaires.

#### Vulnérabilité alimentaire

Le fait que les entreprises – qui ont pour but premier de vendre un produit alimentaire avec profit – prennent en charge l'information sur l'alimentation concourt à déposséder l'individu de son autonomie et, surtout, jette le doute sur ses pratiques et savoirs. Les enquêtes ont permis de montrer l'anxiété générée chez les personnes rencontrées face à l'incohérence des discours tenus en matière alimentaire, ce qui est souvent décrit comme une « perte de repères », voire une « détresse » face à la question alimentaire. Les personnes ne savent à quoi se fier, et les plus fragiles sont celles qui ont le moins confiance en leur capacité à bien s'alimenter, souvent en lien avec un manque de pratique culinaire.

Une grande partie des personnes rencontrées se sentent mal armées pour se nourrir. Une des conclusions de cette enquête est que le fait de manger relève d'une stratégie complexe et non d'un savoir populaire fondamental. « Pourquoi est-ce qu'on en arrive à devoir aller voir un spécialiste pour apprendre à manger ? » se demande un de nos interlocuteurs. La perspective historique, apportée par la mémoire des plus âgés, est essentielle ; elle permet de montrer comment l'alimentation, en gagnant en variété, s'est ouverte à d'autres horizons et techniques culinaires, se complexifiant par là même.

#### Injonctions anxiogènes

La forme de « participation » aux progrès de la modernité que représente, pour certains, le fait de manger des surgelés ou en restauration rapide, pose le problème de l'équilibre alimentaire. Les injonctions à bien s'alimenter peuvent être anxiogènes pour les personnes ; elles peuvent être interprétées de façon trop univoque (ne manger que des pommes, n'utiliser que de l'huile d'olive, etc.) et décourager les bonnes volontés en cas d'impossibilité (maté-

### enquête

rielle ou autre) d'y satisfaire (manger tant de légumes par jour, etc.). Cela est en partie dû à la cacophonie ambiante, mais également au point de vue généralisant et englobant des campagnes d'information. Leur parti pris, très ethnocentré, ne tient pas compte de la coexistence d'habitudes alimentaires diverses en France: régionales ou anciennes, comme le petit déjeuner salé chez les plus âgés, ou d'autres pratiques alimentaires introduites par les personnes ayant migré en France.

#### Un discours décalé des pratiques

Cette inquiétude par rapport à l'alimentation rend les personnes plus soumises aux influences « dans l'air du temps » et à une interprétation catastrophiste du rapport aux aliments. Des personnes sans repères (dont certaines vont voir un naturopathe puis la diététicienne... puis écoutent la voisine) sont donc fragilisées face à ce qui est présenté comme des « bons comportements » nutritionnels. On constate que les familles, d'un côté, connaissent très bien les aliments et éléments nutritionnels, de l'autre, ces connaissances restent abstraites. Dans le même temps, une très grande méconnaissance de ce qu'on mange gagne du terrain, méconnaissance du savoir-faire pratique de l'alimentation et de sa fabrication, y compris dans des régions de production agricole.

#### Migrants : sortir du schéma culturaliste

Pour les populations dites « immigrées », il est nécessaire de sortir d'un schéma « culturaliste »: les enquêtes auprès des personnels de santé montrent en effet que la lecture des pratiques alimentaires des populations maghrébines ou africaines est centrée sur « la culture des migrants ». Si cette approche présente l'intérêt de prendre en compte la diversité des modèles alimentaires, elle présente un inconvénient majeur: considérer la culture comme le seul élément explicatif des conduites alimentaires ou des pathologies. Cette approche n'est pas satisfaisante, y compris du point de vue des pratiques professionnelles qu'elle induit.

Alors, plutôt que de se focaliser sur le fait culturel, il importe de tenir compte de la diversité des contextes locaux (en intégrant des dimensions telles que le continuum urbain/rural, la dimension régionale, la classe/position sociale, l'existence de discriminations, etc.) et institutionnels dans lesquels se situent les groupes de population. Prendre en considération des conditions de vie au regard du statut social, juridique, économique de la personne mais aussi du marché alimentaire qui, en termes d'offre, va influer sur les pratiques alimentaires. À travers, par exemple, l'activité culinaire des populations dites « maghrébines » rencontrées en milieu rural et urbain, nous avons pu mesurer la nécessité de prendre en compte la dimension symbolique de l'alimentation dans la construction identitaire ainsi que les processus d'acculturation qui les accompagnent. Comme l'ont montré de nombreux chercheurs, l'un des éléments auxquels vont s'attacher les populations qui ont migré est la cuisine (même s'il ne s'agit que d'un ingrédient) et ce, d'autant plus qu'une situation d'exclusion est ressentie. Cette population, du fait de sa situation à la marge de la société majoritaire, met en évidence des processus alimentaires qui existent mais sont davantage masqués dans le reste de la population.

#### Restaurer les capacités de la population

Les messages nutritionnels ont pour objet la bonne santé de la population. À la suite d'autres études, cette enquête montre le rôle que joue l'alimentation pour la qualité de la vie, incite à repenser l'adéquation « alimentation et santé » pour parler plutôt « d'alimentation et bien-être ».

Les interventions en matière d'alimentation devraient au minimum se fixer comme but de ne pas saper la confiance des interlocuteurs en leurs propres capacités à s'alimenter, voire viser à la restaurer. L'introduction d'une dose de « relativisme socioculturel » dans les injonctions nutritionnelles doit être visée à travers une communication moins généraliste et plus ciblée, mais aussi plus appliquée et contextualisée. Cela nécessiterait de penser à une échelle plus fine et pragmatique le système d'informations nutritionnelles. Cela ne peut se faire sans changer de mode de communication et sans associer les praticiens. Il faudrait aussi que ces derniers soient formés - en amont de la mise à disposition d'informations nutritionnelles – à « ce que manger veut dire »; c'est-à-dire à tenir compte du « système alimentaire » en gardant à l'esprit l'interdépendance des facteurs environnementaux, sociaux, individuels, économiques, politiques et culturels en matière d'alimentation : au sein de ce système, changer un seul élément (pour des raisons de régime par exemple) peut modifier tout l'ensemble. Cela engage également à remettre au centre des systèmes de prévention les « usages » – c'est-à-dire l'interprétation pratique et concrète par les principaux intéressés des informations données.

#### Chantal Crenn

Maître de conférence en anthropologie sociale, université de Bordeaux-3 -IUT Michel-de-Montaigne Chercheur, UMR 6578 unité d'anthropologie bioculturelle, CNRS/université de la Méditerranée/EFS.

#### Anne-Elène Delavigne

Éco-anthropologie et ethnobiologie, UMR 5145 CNRS -

Muséum national d'histoire naturelle.

#### Matthieu Duboys de Labarre

Sociologue, Inserm U593, équipe d'épidémiologie de la nutrition et des comportements alimentaires, université de Bordeaux-2.

#### Karen Montagne

Sociologue, CITERES université François-Rabelais - Tours.

#### Frédéric Précigout

Sociologue, CITERES -

université François-Rabelais - Tours.

#### Isabelle Téchoueyres

Anthropologue, Lapsac université de Bordeaux-2.

<sup>1.</sup> Cet article se fonde sur le rapport de l'étude « Impact des discours nutritionnels sur les comportements alimentaires : une approche socio-anthropologique qualitative auprès de groupes "ciblés" », sous la direction de Jean-Pierre Corbeau, UMR-CITERES-Équipe VST, IEHCA. Étude financée par l'INPES en 2006, réalisée par l'équipe ci-nommée : [pdf 0,97Mo]. Ce rapport est consultable sur: http://citeres.univ-tours.fr/compo.php ?niveau=vst&page=p\_vst/vst\_online. Nous avons mené des enquêtes « qualitatives », au moyen d'entretiens de plusieurs heures au domicile des personnes sélectionnées. Ceux-ci ont été enregistrés puis analysés ; nous avons parfois également partagé la préparation d'un repas ou d'autres activités ayant trait à la cuisine ou son approvisionnement.

<sup>2.</sup> Des familles avec enfants, de jeunes adultes et des personnes de plus de 65 ans, ainsi que des personnes originaires d'Afrique du Nord, dans deux régions de France (le Sud-Ouest, en zone urbaine et rurale, et une région rurale du Maine-et-Loire, les Mauges). L'avis de praticiens (« experts ») a également été sollicité et une analyse de revues et brochures de vulgarisation effectuée.

# Maternelle: supprimer la collation ou éduquer?

La question de la collation à l'école ne peut se penser isolément, elle est l'un des éléments d'un travail plus large sur la santé nutritionnelle des élèves. L'enjeu central aujourd'hui n'est pas de promouvoir une position de principe mais de donner les moyens aux équipes d'écoles de prendre en charge ce dossier dans sa complexité et de définir la démarche la plus adaptée au contexte local.

Les débats dont se sont fait l'écho les médias au sujet de la collation à l'école maternelle montrent combien ces questions liées à l'alimentation sont centrales dans notre société. Elles touchent à l'intimité des personnes et conduisent souvent à une radicalisation des positions. La difficulté à adopter une position commune s'est d'ailleurs retrouvée au sein de nos institutions. Si l'avis du 23 janvier 2004 de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) (1) semblait avoir tranché en précisant que « la collation du matin à l'école, de par sa composition, son horaire et son caractère systématique et indifférencié, n'est pas justifiée et ne constitue pas une réponse adaptée à l'absence de petit déjeuner », la lettre du ministre de l'Éducation nationale qui a suivi, quelques

jours plus tard, était plus nuancée<sup>1</sup>. Tout en rappelant les principes énoncés dans l'avis de l'Afssa, elle indiquait « laisser aux enseignants une marge d'interprétation afin de s'adapter à des situations spécifiques ».

#### Au départ : le verre de lait

Instaurée, en 1954, sous le gouvernement Mendès France, la collation consistait initialement à distribuer un verre de lait aux enfants scolarisés. Il s'agissait de lutter contre les carences alimentaires chez les élèves, notamment en calcium. Petit à petit, l'objectif initial a dévié, le verre de lait s'est accompagné de divers aliments, les instituteurs ayant trouvé dans cette collation un outil éducatif et social intéressant. En 2003, l'augmentation alar-

mante de la prévalence de l'obésité des enfants français a conduit les pédiatres à remettre en cause la collation systématique (2). De leur point de vue, elle incite au grignotage et représente une prise alimentaire supplémentaire.

Sur le terrain<sup>2</sup>, les enseignants ont eu le sentiment que les experts médicaux ne prenaient pas suffisamment en compte la diversité des contextes dans lesquels évolue l'école de nos jours, diversité qui requiert des attitudes différenciées et adaptées (voir encadré p. 14). Ils se sont sentis « montrés du doigt », alors qu'ils avaient le sentiment en organisant des collations collectives de proposer une solution plus appropriée, d'un point de vue diététique et éducatif, que les goûters individuels donnés par les parents. Ces goûters « mis dans les poches des enfants » sont aussi une manière pour les parents de maintenir un lien affectif et symbolique avec leurs enfants, une façon de « prendre soin à distance ». La collation renvoie à la complexité de l'acte alimentaire, où la dimension biologique (ou nutritionnelle) se conjugue à la dimension symbolique, culturelle et sociale. Dans ce même sens, les enseignants justifient d'arguments éducatifs (éducation au goût, vivre ensemble) et organisationnels (gestion du rythme de l'enfant) conjointement aux arguments nutritionnels. Ils reconnaissent toutefois que les moyens dont ils disposent ne leur permettent pas toujours de respecter les règles diététiques auxquelles ils tiennent, notamment la qualité des produits (difficulté à proposer des fruits ou des produits inhabituels pour développer l'éducation au goût) et l'horaire matinal (problème sur la disponibilité des salles).

### la santé à l'école

#### La collation peut-elle participer à l'éducation alimentaire ?

Comme le souligne l'Afssa dans son avis, peu de données existent sur la situation nutritionnelle des enfants scolarisés et leurs habitudes alimentaires et, en tout cas, aucune étude n'a apporté la preuve d'un lien de causalité entre collation matinale et obésité. L'agence a fondé son analyse sur des données solides et a tranché mais elle précise que « toute recommandation ne pourra être faite qu'à partir d'arguments indirects ». Il ne saurait être question de contester cette position - fruit d'un consensus obtenu par des experts de haut niveau - mais de souligner que d'autres dimensions éducatives peuvent être prises en compte. Il y a consensus sur le fait que la consommation de fruits et légumes est le facteur le plus déterminant de l'allongement de la durée de vie, avant toute restriction alimentaire en termes de lipides ou protéines. On peut se demander s'il n'existerait pas un bénéfice supplémentaire en termes de santé pour les élèves à promouvoir la consommation de fruits lors de la collation. Des travaux norvégiens notamment vont dans ce sens puisque ces études montrent que la consommation journalière de fruits en milieu scolaire induit une évolution durable du comportement alimentaire des élèves (3), contrairement à la seule (conduite) mise en œuvre de programmes éducatifs (4).

Enfin, imposer la suppression de la collation aux enseignants en avançant que la santé et l'alimentation des élèves ne sont pas dans leur domaine de compétence, c'est sans doute se priver de la coopération d'acteurs qui éduquent des générations d'élèves, année après année.

#### Apprentissage du goût : prétexte ou véritable enjeu de santé?

L'apprentissage du goût joue un rôle prépondérant dans la construction du rapport à l'alimentation au cours de l'enfance. Pour les enseignants, il ne s'agit pas uniquement « d'aider les enfants à prendre conscience de leur odorat et de leur goût » (5) mais aussi de familiariser les enfants avec les aliments avant même qu'ils ne soient dans l'assiette : faire pousser, cueillir, faire le marché, choisir les produits et argumenter, aider à les cuisiner, pouvoir exprimer ses goûts, décrire les saveurs... en clair, installer un contexte de consommation lié au plaisir de la découverte, sur un mode ludique et chaleureux. Les études sur la formation des préférences alimentaires enseignent que le caractère journalier de cet apprentissage est primordial pour qu'il ait une influence sur les habitudes alimentaires futures. Aussi les situations d'observation et d'imitation, le contact avec les pairs jouent un rôle décisif dans la formation et l'évolution des goûts alimentaires de l'enfant (6) ; ils légitiment la collation comme lieu possible de l'apprentissage du goût.

Face à une société de surabondance alimentaire et où ses corollaires, la publicité et le marketing de masse et de marque, se développent, il ne semble pas si impensable que les enseignants puissent, aux côtés des parents, contribuer à éduquer les enfants dans un domaine aussi fondamental que l'alimentation. D'autant que, contrairement aux idées reçues, les enfants agissent souvent comme agent vecteur de changement des pratiques alimentaires familiales (7). C'est d'ailleurs avec un succès certain que les chaînes de restauration exercent une attraction délibérée sur les enfants, qui y entraînent leurs parents.

#### Pour des pratiques adaptées au contexte de vie des élèves

Compte tenu de la complexité du problème, il n'existe pas de solution unique adaptée à toutes les situations. En particulier, la suppression systématique de la collation, que le ministère de l'Éducation nationale n'a du reste pas adoptée, présente de très nombreux risques, notamment une accentuation des inégalités sociales de santé. En effet, les phénomènes de malnutrition - et leur conséquence la plus évidente, l'obésité - ne sont pas répartis de façon homogène dans l'ensemble de la population. La prévalence de l'obésité est d'autant plus importante que les élèves sont issus des catégories sociales les plus défavorisées (8). Abandonner sans précaution la pratique de la collation et ainsi laisser aux familles la responsabilité du goûter remis aux enfants présente un double risque : voir cette pratique persister principalement dans les familles les plus vulnérables ; voir ces dernières offrir à leurs enfants des goûters ayant des caractéristiques nutritionnelles peu adaptées. À l'inverse, la démarche qui consiste à maintenir, dans tous les cas, la collation institutionnali-

### la santé à l'école

sée est tout aussi contre-productive. Elle met en avant, symboliquement, l'impératif du goûter du matin puisque pris en charge par la collectivité; elle déresponsabilise les parents dans le champ nutritionnel.

Ces éléments permettent de dégager deux aspects saillants : la question de la collation ne peut être que l'un des éléments d'un travail sur la santé nutritionnelle des élèves ; les décisions ne peuvent être prises qu'à l'échelon local dans une perspective partenariale. L'enjeu est donc de donner les moyens aux équipes d'école de prendre en charge cette problématique dans sa complexité et de définir la démarche la plus adaptée au contexte local.

#### Formation des enseignants et acteurs de l'éducation à la santé : un enjeu central

L'expérience accumulée dans l'Éducation nationale sur d'autres questions de santé (notamment celle des médicaments à l'école) (9) permet de souligner l'importance de la formation et de l'accompagnement des équipes comme moyen de rendre autonomes les écoles maternelles. Deux canaux de formation peuvent être efficacement mobilisés : la formation initiale et, en formation continue, les « animations pédagogiques de circonscription », qui permettent de réunir les enseignants sur un thème précis.

En formation initiale, c'est en lien avec les modules spécifiquement centrés sur l'enseignement en maternelle ou ceux qui concernent l'éducation à la santé qu'un travail sur cette question peut être proposé aux stagiaires. L'organisation des animations pédagogiques est placée sous la responsabilité des inspecteurs de l'Éducation nationale. À l'échelle d'un département, un temps de sensibilisation des acteurs institutionnels de l'Éducation nationale est indispensable de façon à permettre aux décideurs - les inspecteurs de circonscription et leurs équipes - d'intégrer la question de la collation dans les programmes de formation. Cela correspond d'ailleurs à une forte demande de leur part. Cette prise en compte reste bien évidement dépendante des priorités de la politique de circonscription; mais l'expérience montre que les questions qui sont susceptibles de générer des tensions comme celles-ci prennent

leur place dans les propositions faites aux enseignants.

Une deuxième condition nécessaire à la mise en œuvre des formations est la présence de formateurs disposant des compétences nécessaires. Il n'est pas facile de maîtriser l'ensemble des éléments éducatifs, institutionnels, nutritionnels, médicaux de la question de la collation. C'est sur la base d'un trépied (circonscription, IUFM, santé scolaire/PMI) en synergie avec les réseaux associatifs - partout où c'est possible que peut être construite une politique de formation et d'accompagnement dans le champ de l'éducation alimentaire. Aussi la formation d'équipes de formateurs issus des Instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM), des services de santé scolaire, des équipes de circonscription (conseillers pédagogiques), des services de Protection maternelle et infantile (PMI) et des structures associatives est nécessaire. Les associations concernées sont tant celles du secteur éducatif (Association générale des enseignants des écoles et classes maternelles publiques notamment) que du secteur de la promotion de la santé (Cres et Codes). Un travail partenarial prenant en compte les spécificités du milieu scolaire est un préalable à toute démarche à long terme.

# Renforcer les compétences des enseignants

Cette réflexion renvoie l'ensemble des acteurs du champ de la santé publique et de l'éducation pour la santé à la nécessité d'accompagner les enseignants dans le changement et de mettre en place des actions qui les soutiennent. La question n'est pas de savoir s'il faut publier un texte visant à supprimer ou à maintenir la collation. C'est davantage dans le renforcement des compétences des enseignants et l'accompagnement des écoles que se situent les enjeux majeurs. Créer les conditions qui vont permettre l'émergence de pratiques respectueuses des enjeux éducatifs et sanitaires suppose aussi de renforcer les partenariats locaux et notamment la collaboration avec les collectivités territoriales : mise à disposition de fruits aussi souvent que possible, formation des agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles (Atsem) sur l'animation possible autour d'un repas, formation des professionnels de la restauration scolaire, etc.

#### Sophie Perrier-Ridet

Médecin de santé publique, service de santé des écoles maternelles et des crèches, service communal d'hygiène et de santé, Rennes.

#### Didier Jourdan

Professeur des universités, IUFM d'Auvergne, université Blaise-Pascal, Clermont-Ferrand.

- 1. Lettre du ministre de l'Éducation nationale du 25 mars 2004 portant sur la collation matinale à l'école.
- 2. Une enquête qualitative basée sur des entretiens semi-directifs a été réalisée dans le cadre d'un mémoire de master en éducation à la santé en milieu scolaire.



#### w Références bibliographiques

(1) Afssa. Avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments relatif à la collation matinale à l'école. Saisine n° 2003-SA-0281 du 23 janvier 2004.

(2) Bocquet A., Bresson J.-L., Briend A., et al. La collation à 10 heures en milieu scolaire : un apport alimentaire inadapté et superflu. Archives de pédiatrie 2003 ; 10 (11) : 945-7.

(3) Bere E., Veierod M.B., Bjelland M., et al. Free school fruit-sustained effect 1 year later. Health Educ. Res. 2006; 21(2): 268-75.

(4) Bere E., Veierod M.B., Bjelland M., et al. Outcome and process evaluation of a Norwegian school-randomized fruit and vegetable intervention: fruits and vegetables make the marks. Health Educ. Res. 2006; 21(2): 258-67. (5) Boggio V. Le petit goûter à l'école : éléments

pour un discernement. Médecine & enfance 2002 : 22 (7) : 355-60.

(6) Fischler C. L'homnivore. Paris : Odile Jacob, 2001 : 448 p.

(7) Calvo M. Migration et alimentation. Information sur les sciences sociales 1982 ; 21 (3) : 383-446.

(8) Drees. Cycle triennal d'enquête en milieu scolaire. In : L'état de santé de la population en France en 2006. Paris : La Documentation française, 2006 : 210 p. ; enquête « Surpoids et obésité des enfants de 7 à 9 ans en 2000 ». Saint-Maurice : InVS, 2004 : 40 p.

(9) Jourdan D. *La formation des enseignants en éducation à la santé*. Séminaire IUFM pôle sudest « la formation des maîtres en éducation à la santé ». Saint-Étienne, mai 2002.

### la santé à l'école

#### La collation, un temps d'éducation à la santé

Permettre aux écoles d'avancer sur la question de la collation – et plus généralement de la prévention de l'obésité – suppose de préciser la nature de leur mission dans le domaine de la santé. Les questions de santé des enfants ne relèvent pas d'une seule structure sociale. L'éducation nutritionnelle d'une personne se développe au sein de différents milieux, d'abord et surtout familial mais aussi associatif, sportif ou scolaire, sans oublier la contribution des médias, notamment la télévision.

En ce qui concerne le rôle de l'école, il n'est pas possible de mettre en place n'importe quelle démarche relative à la santé quand bien même les données épidémiologiques, en particulier celles relatives à l'augmentation de l'obésité, seraient alarmantes. Toute action (statu quo, suppression de la collation institutionnalisée, remplacement d'une collation organisée par l'école par un dispositif géré par les familles, interdiction faite aux parents de donner des goûters à leurs enfants, consignes données à ces mêmes parents quant au contenu des goûters, etc.) ne peut que respecter la « règle du jeu de l'école », tenir compte à la fois des missions assignées à notre système éducatif et aux valeurs qui le fondent. Ces « règles du jeu », au premier rang desquelles la distinction entre sphère privée et sphère publique, constituent le contrat entre l'école et la nation.

L'éducation nutritionnelle – et plus généralement le rapport à l'alimentation – est d'abord familiale. Or, ce qui est transmis diffère significativement d'une famille à l'autre et relève bien évidemment du domaine privé. Les valeurs associées à la remise d'un goûter à leurs enfants par les familles dépassent largement le seul volet nutritionnel. Le rôle de l'école ne peut donc être en aucune manière de proposer une vision univoque de la nutrition, de transmettre une approche unique du « bien manger ». Son registre est bien celui du « public », c'est-à-dire de ce qui concerne le « vivre ensemble », de la communauté humaine que nous formons ici et maintenant. Il n'existe pas une seule bonne facon universellement reconnue de se nourrir, d'envisager son rapport aux aliments ou à l'acte social que constitue le fait de prendre part à un repas. L'enjeu pour tous les acteurs de l'éducation nutritionnelle en milieu scolaire est donc d'articuler des objectifs de santé publique généraux à la mission de l'école. La circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998 précise qu'à l'opposé d'un conditionnement l'éducation

à la santé vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Elle permet aussi de préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté avec responsabilité, dans une société où les questions de santé constituent une préoccupation majeure. Ni simple discours sur la santé, ni seulement apport d'informations, elle a pour objectif le développement de compétences. « Ces éléments permettent de situer la légitimité de l'éducation nutritionnelle non pas en référence aux problèmes de santé mais en termes de construction de compétences visant à permettre à la personne de faire des choix éclairés et responsables. » La question de la collation doit donc être pensée dans cette perspective. La réflexion - qui ne peut être conduite indépendamment des familles - est appelée à se fonder sur les apports des sciences de la nutrition, du contexte social et de la diversité des besoins des élèves. Sur ces bases, il est possible d'avancer en laissant une juste place aux dimensions éducatives, sanitaires, sociales, affectives, relationnelles, etc.

S.P.-R., D.J.

# Retrouvez La Santé de l'homme sur Internet



# Rendez-vous sur www.inpes.sante.fr

#### Vous trouverez sur www.inpes.sante.fr

en cliquant sur la vignette de la revue en page d'accueil à droite :

- le sommaire détaillé des numéros parus entre 1999 et 2003 ;
- et, depuis 2003, tous les sommaires et une nouveauté : cinq à dix articles de chaque numéro en accès gratuit et intégral.

#### Quatre rubriques composent l'espace de La Santé de l'homme

- La revue (présentation)
- Sommaires (liste des numéros parus depuis 1999 avec accès direct au sommaire)
- Articles en ligne (pour chaque numéro, un résumé et cinq à dix articles)
- Index des articles par mots-clés
- Commandes/Abonnements (accès au bulletin d'abonnement, à la liste des numéros disponibles et au formulaire de commande des numéros).

À noter : si vous souhaitez effectuer une recherche sur un thème précis, utilisez le moteur de recherche du site de l'INPES qui permet de trouver instantanément tous les articles de *La Santé de l'homme* ainsi que d'autres documents de l'INPES traitant cette thématique.

# Développement durable et promotion de la santé

« Le développement durable est un développement qui s'efforce de répondre aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à satisfaire les leurs ». Ce concept, porté à la connaissance du grand public lors de la Conférence des Nations unies pour l'environnement et le développement (Rio de Janeiro, 1992) propose une pondération de l'économie par les composantes environnementales et sociétales. Quant à la promotion de la santé, elle est définie par la charte d'Ottawa adoptée lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé en novembre 1986, comme « un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci.»

La déclaration de Rio souligne la place de la santé en tant que préoccupation majeure du développement durable : « les êtres humains sont au centre des préoccupations pour un développement durable. Ils peuvent prétendre à une vie saine et productive en harmonie avec la nature ». La santé apparaît à ce titre à la fois comme un objectif et un préalable au développement durable. Réciproquement, la promotion de la santé identifie parmi les

préalables à la santé, le besoin de bénéficier d'un écosystème stable, et l'une des cinq stratégies qu'elle propose pour promouvoir la santé est la création de milieux favorables à la santé. Elle considère, en effet, que «le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une approche socio-écologique de la santé ». Elle fait de « la protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des ressources naturelles » une partie intégrante de toute stratégie de promotion de la santé. Elle propose une « évaluation systématique des effets du milieu sur la santé... suivie d'une intervention garantissant le caractère positif de ces effets ». Au total, elle vise à engendrer des « conditions de vie et de travail sûres, stimulantes, plaisantes et agréables ».

Développement durable et promotion de la santé sont fondés sur les mêmes valeurs : responsabilité individuelle et collective, respect de l'autre et solidarité, participation des personnes aux décisions qui les concernent, justice sociale. Ils utilisent des leviers collectifs : plaidoyer, engagement social, mesures législatives et budgétaires, changements d'organisation, et des leviers individuels : évolution des connaissances, des attitudes et des compétences individuelles.

Dossier coordonné par René Demeulemeester et Delphine Girard avec Jennifer Davies, Corinne Delamaire, Florence Rostan, Sophie Sabin et Cécile Allaire (INPES).

Au-delà de ces convergences, les auteurs de ce dossier nous invitent cependant à réfléchir aux tensions qui ne manquent pas de surgir, dès lors que l'action n'est plus guidée par ces valeurs, entre développement économique, développement social, santé et préservation de l'environnement. Ainsi, la protection par les uns de leur

environnement immédiat peut conduire à dégrader l'environnement des autres, le plus souvent moins favorisés et dont la santé était déjà plus menacée, contribuant ainsi à accroître les inégalités sociales de santé.

conditions d'un développement équitable des territoires et de la réduction des inégalités de santé, c'est au niveau local qu'il est possible d'imaginer un environnement physique et social favorable à l'adoption de comportements

La nécessaire solidarité entre territoires impose de penser et d'agir en cohérence à tous les niveaux. Si c'est au niveau national qu'il appartient de créer les conditions d'un développement équitable des territoires et de la réduction des inégalités de santé, c'est au niveau local qu'il est possible d'imaginer et de modeler un

environnement physique et social favorable à l'adoption de comportements de santé et de maintien des équilibres naturels. Quant aux individus, leur capacité d'agir peut aller bien audelà de leurs comportements personnels : « Ne doutez pas qu'un petit groupe de citoyens réfléchis et impliqués puisse changer le monde, c'est

d'ailleurs la seule chose qui y soit jamais parvenue », nous disait Margaret Mead.

Le dossier comporte de nombreux exemples d'interventions qui combinent promotion de la santé et développement durable. Ces exemples proviennent de France, du Québec, de Belgique, des Pays-Bas, de Suisse. Les interventions concernent la nutrition, l'activité physique, le logement. Elles visent à la fois à créer et à maintenir un environnement sain et agréable, à permettre l'adoption de comportements favorables à la santé et respectueux du milieu et, le plus souvent, elles participent aussi au renforcement du lien social.

Nous espérons que ce dossier contribuera à rapprocher les personnes impliquées tant dans les démarches de promotion de la santé que de développement durable, qu'il les confortera dans leurs initiatives ou leur ouvrira de nouvelles perspectives. Nous remercions vivement les auteurs pour la qualité de leur contribution. Enfin, nous souhaitons que vous ayez autant de plaisir à le lire que nous en avons eu, avec l'équipe de rédaction, à le constituer.

#### **Delphine Girard**

Coordinatrice du programme Santé-Environnement et Accidents de la vie courante, Das, INPES.

#### René Demeulemeester

Médecin de santé publique, coordinateur des programmes, INPES.

de santé et de maintien des

équilibres naturels.

# Développement durable et santé?

# Même combat!

Quel rapport entre développement durable et promotion de la santé ? Pour Jacques Bury, il saute aux yeux : c'est l'homme, son développement, sa qualité de vie. L'auteur, spécialiste de la promotion de la santé, décrypte les valeurs communes à l'environnement et à la santé : développement des compétences des citoyens, respect de l'autre, prise en compte des générations futures. C'est un véritable combat à mener car les tenants du développement non maîtrisé disposent de moyens importants.

#### L'éducation pour la santé : retour aux sources

La source d'action et d'inspiration la plus familière pour les acteurs de l'éducation pour la santé est souvent celle de l'histoire des développements directement observables des pratiques des quarante dernières années. Cette histoire est marquée par les limites voire parfois les échecs de l'information sanitaire délivrée par des experts en prévention, suivie par l'éducation sanitaire, puis l'éducation à la santé et enfin par l'éducation pour la santé. La France est restée accrochée à ce vocable qui a cédé la place dans la plupart des autres pays à la promotion de la santé depuis la conférence d'Ottawa en 1986 et la charte qui en est issue; même si la majorité des praticiens et des institutions directement concernées en France, comme l'INPES et la Fnes (Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé), font une référence explicite à cette charte « fondatrice ».

La conférence d'Ottawa a été suivie par plusieurs conférences internationales comme celle de Djakarta (1988) sur les politiques publiques favorables à la santé et, plus récemment, celle de Bangkok (2006) dans le cadre de la mondialisation, et celle de Sundsvall (1991) sur les milieux de vie favorables à la santé. Ces dernières conférences indiquaient essentiellement la prise de conscience chez les acteurs de la nécessité, toujours devant les limites des actions trop exclusivement individuelles, de prendre en compte l'environnement proche (milieux de vie comme l'école, le travail, le quartier, la ville, etc.) et plus larges comme les politiques publiques, l'organisation économique, etc.

Depuis Ottawa, il était dit que les actions devaient viser à la fois les responsabilités individuelles, « la promotion de la santé vise à favoriser chez l'individu l'apprentissage de modes de vie sains » et les responsabilités des environnements : « Permettre aux communautés d'aménager leur environnement et de promouvoir l'inscription de la santé dans les politiques sociales et les décisions collectives. »

### Développer les compétences sociales des citoyens

Une source moins familière d'inspiration et d'action est celle de l'entraide sociale aux États-Unis, développée après la récession de 1929-1930 : elle indiquait déjà l'évolution de la fin du siècle dernier, c'est-à-dire la prise en compte des ressources propres des personnes, le passage de « powerlessness » (impuissance) à l'empowerment (intraduisible malheureusement mais qui peut s'approcher par des expressions comme l'acquisition du pouvoir, de l'autorité, de l'autorisation, du droit, de la capacité à...).

L'empowerment, dans le champ de la promotion de la santé, apparaît ainsi comme le développement des compétences sociales suivantes :

- estime de soi et confiance en soi ;
- capacité d'analyse critique de l'environnement ;
- aptitude à l'influencer.

Le succès du concept en promotion de la santé m'apparaît lié au déplacement :

- de la maladie vers la santé (« positive »);
- des déficits et des besoins vers les capacités et les droits des personnes en tant que citoyens.

Mais trop souvent les éducateurs pour la santé tendent à oublier ces derniers aspects : capacité d'analyse critique de l'environnement et aptitude à l'influencer ; capacités et droits des personnes comme citoyens.

Wallerstein avait défini *l'empowerment*, en 1992, comme le « *processus d'action sociale qui promeut la participation des gens, des organisations et des communautés vers le développement du contrôle communautaire de <i>l'efficacité politique, de l'amélioration de la qualité de la vie et de la justice sociale* ». Je partage pleinement sur ce point la position de mes anciens collègues de l'Organisation mondiale de la santé (OMS Euro), Ilona Kickbusch et Erio Ziglio, qui défendaient le point de vue que, s'il n'y a pas d'*empowerment*, il n'y a pas d'éducation.

Les diverses formes de mise en œuvre recouvrent toutes une problématique constante : la participation éclairée des individus et des groupes qu'ils forment à la prise et la gestion des décisions qui les concernent. La pertinence de ces conceptions a été renforcée à la fin du siècle par les études sur le lien social et le capital social.

### S'appuyer sur les « forces vives » des personnes

Dans ce qui apparaît encore à d'aucuns comme un domaine différent, j'ai sans doute été un des premiers dans le milieu des années quatre-vingt à défendre l'idée que l'éducation du patient et l'éducation pour la santé relevaient des mêmes fondements et que les séparer serait un contresens historique et conceptuel :

- historique : les premiers réels efforts d'éducation pour la santé ont été engagés dans la réhabilitation des handicaps (c'est de là qu'est venu le fameux : « il ne faut pas seulement ajouter des années à la vie mais de la vie aux années ») :
- conceptuel pour les raisons déjà décrites : accent commun sur le développement personnel, notamment des forces vives de la personne et tout autant sur les efforts pour la modification des environnements, architecturaux, réglementaires, sociaux, etc.

C'est donc au-delà du travail individuel, le travail avec les groupes, ce sont toutes les approches d'éducation par les pairs, les groupes de patients et les groupes d'entraide, et finalement les associations de patients à un niveau qui s'élargit avec les associations de consommateurs notamment jusqu'au niveau des politiques de santé.

Il s'agit aussi de fait d'une forme de partage de pouvoir, que ce soit au niveau de la relation soignante ou de la gestion des affaires publiques. Les situations de patient-usager-citoyen se recoupent ainsi sur la question de relations plus ou moins égalitaires ; et de même celles de l'éducation pour la santé de la population, des usagers des services de santé et des patients.

Dans cette vision de l'éducation thérapeutique, ou plus exactement comme l'ont proposé certains, l'éducation du patient à la santé, on est alors dans le courant de l'éducation pour la santé et plus globalement encore dans celui de la promotion de la santé. Le but est bien le développement de la personne et non la compliance à un traitement prescrit, qui est le but ultime des « disease managements » (gestion de la maladie) préparés par l'industrie pharmaceutique.

Or, au niveau politique, la démocratie, c'est aussi l'équilibre et la séparation

entre les trois pouvoirs – législatif/ exécutif/judiciaire – et donc la possibilité de faire reconnaître ses droits devant la justice, composante primordiale. En effet, un des leviers les plus efficaces du changement est constitué par les poursuites judiciaires intentées à des compagnies. En démocratie, il existe aussi des contre-pouvoirs dont l'apport est essentiel : une presse indépendante et des associations de citoyens ; cela nécessite des organisations de patients-usagerscitoyens capables sur le plan organisationnel et financier et suffisamment solides pour s'inscrire dans la durée.

#### Le développement durable : quelques aspects de son histoire

Le développement durable est, selon la définition proposée en 1987 par la Commission mondiale sur l'environnement et le développement (Organisation des Nations unies) dans le rapport Brundtland : « Un développement qui répond aux besoins des générations du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs. Deux concepts sont inhérents à cette notion : le concept de "besoins", et plus particulièrement des besoins essentiels des plus démunis, à qui il convient d'accorder la plus grande priorité, et l'idée des limitations que l'état de nos techniques et de notre organisation sociale impose sur la capacité de l'environnement à répondre aux besoins actuels et à venir. »

Autrement dit il s'agit, en s'appuyant sur des valeurs (responsabilité, participation et partage, débat, partenariat, innovation, pérennité, réversibilité, précaution et prévention, et solidarité sociale, géographique et transgénérationnelle), d'affirmer une approche double et conjointe :

- dans l'espace : chaque habitant de cette terre a le même droit humain aux ressources de la Terre ;
- dans le temps : nous avons le droit d'utiliser les ressources de la Terre mais le devoir d'en assurer la pérennité pour les générations à venir.

Le terme « développement durable » est définitivement adopté lors du deuxième Sommet de la Terre, à Rio de Janeiro, en 1992, toujours sous le mandat de madame Brundtland (qui deviendra directrice générale de l'OMS en 1999...). Le concept commence à

être largement médiatisé devant le grand public, notamment avec l'adoption de la convention de Rio et la naissance de l'Agenda 21. La définition Brundtland, axée prioritairement sur la préservation de l'environnement et la consommation prudente des ressources naturelles non renouvelables, sera modifiée par la définition des « trois piliers » qui doivent être conciliés dans une perspective de développement durable : le progrès économique, la justice sociale et la préservation de l'environnement. Au-delà des diverses pollutions, du réchauffement climatique et de la surexploitation des ressources naturelles, voici qu'arrive au premier plan la justice sociale entre États (les pays moins développés auront-ils le droit au développement?) et au sein de tous les pays (dans quelles proportions laissera-t-on les pauvres souffrir plus que les autres?).

On aboutit ainsi plus récemment à considérer qu'aux trois piliers originaux s'ajoute un enjeu transversal indispensable à la définition et à la mise en œuvre de politiques et d'actions relatives au développement durable : la gouvernance.

Le développement durable, associé à la notion de bonne gouvernance, n'est pas un état statique d'harmonie mais un processus de transformation dans lequel l'exploitation des ressources, le choix des investissements, l'orientation des changements technologiques et institutionnels sont rendus cohérents avec l'avenir comme avec les besoins du présent.

Pour certains, le concept de développement durable est un catalogue de bonnes intentions ; pour les discréditer, ils mentionnent dans la liste notamment : le développement humain ; la lutte contre la faim ou la malnutrition, la sécurité alimentaire ou souveraineté alimentaire ; l'accès à la santé ; l'amélioration de la qualité de vie ; le respect des droits et des libertés de la personne ; la participation, pour l'ensemble des groupes de la société, aux différents processus de prise de décision ; l'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées...

Les agendas 21 locaux sont de véritables plans d'actions de la politique de développement durable du territoire. Ils sont réalisables à l'échelle d'une commune, d'un département, d'une région, d'une communauté de communes ou d'une communauté d'agglomérations. Ils sont définis en concertation avec les acteurs locaux, dans un cadre de démocratie participative.

# Un air de famille avec les « ateliers Santé-Ville »

Nous sommes quand même dans une démarche générale tellement proche des ateliers Santé-Ville, du mouvement des villes santé de l'OMS, des conférences régionales de santé, etc., qu'il faudra être très pédagogique pour expliquer aux citoyens que ce n'est pas du tout la même chose. L'une des difficultés à surmonter est le fait que ce sont des ministères et des administrations différentes qui sont parties prenantes dans ces différentes initiatives.

Les agendas 21 répondent ainsi au slogan « Agir local, penser global » lancé par René Dubos au Sommet sur l'environnement de 1972 et reprise largement par l'OMS par la suite. Les coïncidences se suivent et se ressemblent.

Un des développements les plus récents est celui du concept de responsabilité sociale des entreprises. Cela signifie le plus souvent que les entreprises intègrent les préoccupations sociales, environnementales, voire de bonne gouvernance, dans leurs activités et dans leur interaction avec leurs parties prenantes sur une base volontaire. Il y a en effet, jusqu'à présent, peu d'obligations législatives, de contraintes ou de pénalités : il faut toutefois mentionner l'existence en France d'une loi relative aux nouvelles régulations économiques qui oblige les entreprises cotées en Bourse à inclure dans leur rapport annuel une série d'informations relatives aux conséquences sociales et environnementales de leurs activités.

Dans cette mouvance, et dans le cadre d'un programme suisse romand sur santé et travail que j'ai été appelé à coordonner de 2004 à 2008, j'ai confié en 2006 un mandat d'étude à un organisme spécialisé (Centre Info) pour dresser l'état des lieux des indicateurs qui croisent santé et travail et qui sont retenus dans la notation de responsabilité sociale des entreprises : par exemple, *turn-over* du personnel, épuisement professionnel, absentéisme,

indicateurs de santé (maladies professionnelles reconnues ou non). On constate en effet, trop souvent, que les entreprises se dédouanent en finançant des actions très louables de mécénat, souvent dans les pays à revenu faible et intermédiaire, ce qui ne les engage à rien de significatif. Il y a donc utilité sociale à rappeler qu'il y a des entreprises qui, tout en exerçant leur activité première de façon rentable, produisent en même temps de la santé, tandis que d'autres, par ailleurs en tout point comparables, détruisent la santé de leurs salariés. L'enjeu n'est pas négligeable : que les agences de notation pour l'investissement socialement responsable incitent les fonds éthiques en premier lieu, puis les autres investisseurs institutionnels à investir dans les entreprises qui parallèlement au profit produisent de la santé comme valeur ajoutée.

#### Le fonds commun

S'il y a tant de similitudes dans les pratiques entre la promotion de la santé et le développement durable, cela doit dépasser les coïncidences et les contextes, et correspondre plus à des évolutions sociales profondes.

Autrement dit, les différents acteurs se reconnaissent-ils dans l'adhésion à des valeurs communes? On peut en citer trois: le respect de l'autre en tant qu'« autre », c'est-à-dire le respect de l'altérité et de la diversité ; le sens de la responsabilité, ici la volonté d'assumer ses devoirs autant que ses droits; l'acceptation de la prédominance du long terme sur le court terme. J'ai retenu de mon passage en psychanalyse que le défi essentiel du développement de l'homme (entre petite enfance et âge adulte) était de réussir à renoncer au « tout, tout de suite » pour privilégier « un peu et plus tard ».

Cette vision de l'homme amène à voir avant tout dans l'organisation de la vie en société la nécessité de limiter l'exploitation de l'homme par l'homme, puisque l'homme peut être aussi un prédateur naturel. Les désastres générés par l'homme, à commencer par les guerres, sont réalité depuis que l'homme existe. Cela amène aussi à considérer le partage du pouvoir au sein des sociétés. Le modèle démocratique, au plus près possible d'une démocratie participative, est aussi une

valeur partagée entre promotion de la santé et développement durable. Tant dans le monde de la santé que dans celui du développement durable, les lobbies industriels et commerciaux utilisent une variété de stratégies d'influences auprès des médias, des leaders d'opinion/décideurs, des scientifiques, afin de défendre leurs intérêts quand ils sont menacés par les objectifs de santé publique. Comme en témoigne par exemple la stratégie mise en œuvre par les cigarettiers (1).

La prévention du tabagisme aura mis une trentaine d'années pour aboutir à des succès francs. Parmi les priorités, la prévention de l'alcoolisation des populations devrait passer au premier plan des agendas pour les années à venir. Pour en revenir au combat contre le tabagisme, ce dernier a permis de documenter la panoplie des stratégies utilisées par l'industrie pour se défendre, contourner les obstacles, retarder les échéances. Les autres industries, celles qui polluent par exemple ou l'agroalimentaire, recourent aux mêmes techniques : négation aussi longtemps que possible des faits ; soutien d'études et de médias qui fournissent des résultats favorables et entretiennent autant que possible la confusion dans l'information, etc.

Pour l'environnement comme pour la promotion de la santé, les professionnels mais aussi l'opinion publique ont compris que ces pouvoirs ne peuvent être combattus que par l'organisation des communautés, l'établissement de coalitions larges, des plaidoyers politiques et médiatiques et des travaux de recherche indépendants associés.

On assiste en ce moment, dans un pays voisin de la France, à une campagne de dénigrement du directeur général de la santé, la deuxième en cinq ans : la première pour tenter de bloquer le programme antitabac et, cette fois, pour bloquer celui de l'alimentation saine ; mais la réaction des milieux de la santé publique est cette fois mieux organisée et la coalition plus large.

Les réussites sont encore limitées mais elles existent. Je pense aujourd'hui que l'on peut « acheter » nombre d'individus, que l'on peut contrôler nombre

de groupes et d'organisations mais que les réseaux et les coalitions sont un contre-pouvoir extrêmement efficace avec lesquels les entreprises et lobbies sont souvent forcés de composer. Enfin, autre élément positif : la capacité de résistance de nombre de citoyens ! Les individus sont souvent trop isolés pour se sentir en capacité d'agir ; cette résistance s'appuie donc souvent sur un réseau efficace tissé entre personnes.

#### Jacques A. Bury

Consultant, directeur de l'Agence pour le développement et l'évaluation des politiques de santé (Adsan), Genève, Suisse.

#### Contact

jacques.bury@adsan.org

# w Référence bibliographique

(1) Dubois G., Dubois C.-E., Wigand J. (préf.). Le rideau de fumée. Les méthodes secrètes de l'industrie du tabac. Paris : Seuil, coll. L'Épreuve des faits, 2003 : 365 p.

Entretien avec Laurence Tubiana, directrice de l'Institut du développement durable et des relations internationales (Iddri), directrice de la chaire de développement durable de Sciences-Po Paris.

# « La santé doit se situer au cœur du développement durable »

La santé se situe au cœur de toute approche de développement durable. Pour Laurence Tubiana, la santé des populations et de son écosystème « terre » ne peuvent qu'aller de pair. Les organisations internationales ont bien tardivement pris en compte la santé comme objectif majeur dans le cadre du développement durable. Mais l'urgence des situations et la recrudescence de certaines épidémies incitent États et organisations à prendre des initiatives.

La Santé de l'homme: Pourquoi la notion de promotion de la santé semble-t-elle avoir peu de place dans le concept de développement durable?

Laurence Tubiana: Ce constat ne vaut qu'en apparence. Car la santé est présente au niveau de l'agenda politique du développement durable. Mais sa présence est portée davantage par les acteurs de la santé publique que par ceux du développement durable. La santé est perçue et traitée comme un « champ » à part qui touche à tous les autres aspects de la vie et surtout l'environnement. En effet, quand il est question de santé, l'environnement n'est jamais loin et les notions de santé environnementale sont extrêmement présentes. Regardez les problématiques de pollution, d'effet de serre, de sécurité alimentaire, de catastrophes naturelles... Le déséquilibre environnemental a des répercussions sur l'état de santé de notre planète. Les indicateurs de bien-être, par exemple, sont fondés autant sur des critères environnementaux que sur des critères économiques et sociaux. La communauté scientifique s'est emparée de ces questions depuis un moment.

Bien sûr, il reste des efforts à fournir à l'échelon mondial pour prendre la mesure des facteurs environnementaux dans les problèmes de santé. Déjà la déclaration de Rio sur l'environnement et le développement, en 1992, énonçait, dans son principe 1, que « les êtres humains sont au centre des préoccupations relatives au développement durable. Ils ont droit à une vie saine et productive en harmonie avec la nature. Au Brésil, à cette occasion, a été reconnu le lien étroit entre la santé et l'environnement à travers l'adoption du Plan d'action 21 par les gouvernements de cent quatre-vingt-cinq pays. Tout un chapitre est consacré à la promotion de la santé.

# S. H.: Vous évoquez, justement, la notion de santé environnementale. Peut-on aujourd'hui parler de santé durable ?

Absolument. Il y a eu incontestablement un tournant ces dernières années, notamment lors du Sommet sur le développement durable de Johannesburg, en 2002, où, par exemple, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'est emparée de la thématique « Santé et développement durable ». La déclaration qui en est issue soulignait une idée majeure : le fait de la « bonne » santé repose sur les trois piliers du développement durable – l'économique, l'écologique, et le social (NDLR : voir aussi dans ce même dossier l'article de Jacques Bury à ce propos). Il y a eu, à ce moment, émergence de la notion de « santé durable ». L'objectif annoncé était la préservation de la santé des générations futures tout en apportant une vision holistique (NDLR: selon laquelle l'homme est un tout indivisible) de la santé et une approche respectueuse de

l'équilibre naturel dans le traitement des maladies. La promotion de la santé n'est donc pas véritablement absente en matière de développement durable. Plus que jamais la santé est reconnue comme une problématique à part entière. La Journée mondiale de la santé de l'OMS en 2008 a eu comme thème « La protection de la santé face au changement climatique ».

#### S. H.: Le développement durable n'est-il pas une sorte de « préalable » à la préservation de la santé des populations?

C'est tout à fait exact. La préservation de la santé implique certains préalables qui se situent au cœur du développement durable. Quelques exemples: une alimentation suffisante, équilibrée, variée, saine est dépendante 1) du climat et donc de ses variations ; 2) de la biodiversité, c'est-à-dire de la diversité des espèces cultivées, et celles-ci sont en baisse; 3) d'une absence de toxicité, d'où l'importance de la question des pesticides et des résidus chimiques. C'est la même réflexion et ce sont les mêmes dépendances pour une eau potable, la qualité de l'air, un habitat salubre. Nous savons qu'un changement climatique - parlons, par exemple, de l'augmentation de la température -, c'est la propagation et la persistance de maladies vectorielles comme la malaria. Les inondations dues à la fonte des glaciers provoquent la recrudescence des épidémies du type choléra.

#### S. H.: Alors les deux concepts – développement durable et promotion de la santé – sont indissociables ?

Ils sont fortement et inévitablement liés. Les problèmes d'environnement, de santé et de développement se croisent. La mauvaise santé entraîne une perte de bien-être individuelle et collective. Elle empêche le développement socio-économique. Elle compromet ainsi le développement durable, qui repose sur le développement humain avant tout. La santé doit même se situer au cœur de toute approche de développement durable.

# S. H.: Quelles sont les valeurs communes au développement durable et à la santé?

J'en vois au moins deux qui sont fondamentales : d'une part, le respect des équilibres naturels et, d'autre part, l'épanouissement et le développement humains. Quand j'évoque le respect des équilibres naturels, il s'agit bien de celui de l'homme et de son écosystème et de leurs santés respectives. Nous retrouvons les thèmes évoqués auparavant, comme la protection du milieu environnemental, l'exploitation durable des ressources, la lutte contre la pollution ou la préservation de la biodiversité. S'agissant de l'épanouissement et du développement humains, l'idée est que nous sommes en interaction permanente avec la nature et que nous faisons partie de la biosphère. Nous ne sommes pas une espèce au-dessus de la nature. Nous sommes responsables de notre environnement comme de notre santé à la mesure de nos connaissances. En fait. investir dans la santé a d'indéniables retombées positives sur le développement économique et social durable.

#### S. H.: Il aura fallu attendre le début des années 2000 pour que l'ONU parle d'objectifs du millénaire pour le développement et fixe parmi ceux-ci l'objectif d'amélioration de la santé. Pourquoi avoir attendu si longtemps?

La santé a été réaffirmée comme faisant partie intégrante des droits humains essentiels à travers les « objectifs du millénaire pour le développement » de manière visible seulement en 2000 puisque le contexte politique, celui de la promotion des biens publics mondiaux, l'imposait. Cet aboutissement relève de certains éléments conjoncturels comme une « demande » d'action et de coopération internationale croissante en matière de santé, surtout en direction des pays pauvres atteints par la pandémie du VIH/sida ainsi que d'autres maladies (le paludisme, la tuberculose, etc.). Ces facteurs conjoncturels ont permis de souligner la nécessité de se préoccuper de la santé dans le monde de manière autrement plus efficace et transversale, notamment en mettant en place des partenariats public/ privé, un fonds mondial... Cet aboutissement repose également sur des éléments structurels, des jalons posés par plusieurs institutions et acteurs privés au cours de cette décennie 1990, qui ont structuré en quelque sorte « l'offre » en matière de coopération pour la santé. Je citerai la Banque mondiale : avec un rapport dès 1993 sur le développement intitulé « Investir dans la santé », un des plus importants bailleurs en matière de santé à l'heure actuelle. Le Programme des Nations unies pour le développement (Pnud) avec la prise en compte de la santé dans les indicateurs de développement humain. L'Onusida, créé en 1995. L'Unicef aussi, au sein de laquelle des économistes se positionnent pour souligner qu'une amélioration significative de la santé est une condition indispensable pour atteindre un certain niveau de développement économique (Amartya Sen). La Fondation Rockefeller (santé publique, hygiène), la Fondation Bill et Melinda Gates (VIH/sida), etc.

# S. H.: Pourriez-vous évoquer des exemples concrets d'actions qui concilient le développement durable et la promotion de la santé?

Il v en a de nombreux. Parmi ceuxci, l'initiative conjointe OMS/Pnue Health and Environment Linkages Initiative dans le cadre du développement durable, lancée en 2002, a pour objectif la réduction des menaces environnementales liées à la santé dans les pays en développement. Autre exemple : l'Évaluation des écosystèmes pour le millénaire (EM) est une initiative interinstitutionnelle (Pnue, Fonds pour l'environnement mondial, Conventioncadre des Nations unies sur les changements climatiques); ce programme étudie les incidences potentielles sur la santé, d'une altération du fonctionnement des écosystèmes. Citons également le programme Intersun, projet mondial concernant le rayonnement ultraviolet, mené par de multiples institutions: OMS, Pnue, Organisation météorologique mondiale, Centre international de recherche sur le cancer, Commission internationale de protection contre le rayonnement non ionisant. Ou l'initiative Fresh (Focusing Resources on Effective School Health) de l'Unesco, qui promeut une approche globale de la santé et du développement durable en milieu scolaire.

Citons par ailleurs, au sein de l'Union européenne, la Stratégie européenne en matière d'environnement et de santé de 2003 (Scale) des directions générales environnement, santé, protection des consommateurs et recherche. Scale 2004-2010 (quatre pathologies : maladies respiratoires, asthmes et allergies ; troubles du développement neurologique ; cancers ; perturbations du système endocrinien). Et puis, bien sûr, le Plan national santé-environnement (PNSE) en France, lancé en 2004.

# S. H.: A contrario, auriez-vous un exemple d'une mesure prise dans le cadre d'un développement durable, qui ait eu un impact négatif sur la santé?

Oui : la suppression de l'usage du DDT pour lutter contre les moustiques a favorisé le redéveloppement des espèces porteuses de la malaria. Nous sommes bien dans un espace d'équilibre fragile.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**Journaliste.

# Développement durable et inégalités de santé : une question de solidarité

Médecin de santé publique à Aubervilliers, en Seine-Saint-Denis, Luc Ginot explique pourquoi le développement durable peut être un leurre si trois conditions ne sont pas réunies : associer à cette démarche les habitants les plus défavorisés, intégrer leurs préoccupations, tenir compte de l'impact réel des décisions sur leurs conditions de vie. Les communes ne sont pas égales devant le développement durable, seule une solidarité nationale peut conjuguer développement durable et réduction des inégalités de santé.

Le concept de développement durable connaît un succès local autant que national. La santé publique est, d'office, jugée bénéficiaire des politiques menées sous ce label, les gains environnementaux étant supposés améliorer le bien-être de chacun. La lutte contre la pollution atmosphérique (y compris à l'échelon local) est l'un des exemples les plus flagrants de cette convergence entre une préoccupation sanitaire et un discours sur le développement durable, associant l'intervention publique et un appel, plus ou moins couronné de succès, à la mobilisation des citoyens.

Comment la mise en œuvre du développement durable rencontre-t-elle la question de l'équité sociale et celle des inégalités sociales de santé, dans l'élaboration des politiques locales? Trois niveaux de débat semblent identifiables en première approche : les enjeux territoriaux, les choix politiques et la participation des citoyens.

#### L'inégalité des territoires

Tous les territoires, y compris urbains, ne sont pas égaux devant les contraintes qu'implique le développement durable. Les communes qui ont eu par le passé une fonction industrielle et qui souvent encore accueillent les populations les plus pauvres – c'est le cas d'Aubervilliers, en Seine-Saint-Denis – sont plus fortement concernées par ces contraintes, leur foncier disponible étant en général situé sur d'anciennes zones d'activité. Ainsi, la construction d'une école à Aubervilliers implique – inévitablement – des coûts

d'étude et de dépollution plus élevés que dans une commune résidentielle. Le registre des sites à risque de pollution (Basias) recense sur le territoire albertivillarien plus de cinq cents sites, le plus souvent en zone urbaine dense. Le développement d'espaces publics sur le fort d'Aubervilliers ne se fera qu'au prix d'une dépollution colossale. Au final, chacune des évolutions réglementaires, pour légitime qu'elle soit, amène le contribuable d'Aubervilliers à payer, pour la protection environnementale de ses enfants, nettement plus cher que celui de territoires à l'histoire socialement moins marquée.

#### Les choix politiques

Une politique locale de développement durable devrait se conjuguer avec la lutte contre les inégalités sociales de santé: l'intervention sur l'habitat indigne, la lutte contre le saturnisme sont des exemples d'outils qui peuvent contribuer fortement aux deux objectifs. Mais cela ne va pas de soi. Rénover en profondeur l'habitat sans en expulser les habitants les plus pauvres implique une politique du logement très volontariste, qui n'est pas toujours celle mise en œuvre.

Il existe aussi un risque d'affichage plutôt que de mesures effectives : ainsi, par exemple, certaines communes revendiquent une stratégie de développement durable offensive, de pistes cyclables en énergies renouvelables, mais tolèrent que les habitants de copropriétés dégradées se voient couper l'eau potable, ou que les terrains pour gens du voyage avoisinent des déchetteries. Des rocades de contournement de grandes villes épargnent bruit, risque accidentel et nuisances aux quartiers résidentiels ou aux centres piétonniers, mais les dévient au pied, et parfois au milieu, des cités HLM. Par ailleurs, eston toujours sûr que des choix réalisés au nom du développement durable ne vont pas générer des inégalités? Mises en œuvre avant que les transports en commun en périphérie ne soient effectivement développés et comblent les besoins des populations, des restrictions (financières et techniques) de l'usage de la voiture au centre d'une métropole peuvent compliquer l'accès à l'emploi de catégories sociales défavorisées et reporter les problèmes de pollution sur les zones limitrophes.

Le coefficient d'occupation des sols (Cos) est parfois un bel exemple d'ambivalence : des associations, des élus vont convoquer la défense des espaces verts, d'une « qualité de vie », pour défendre un Cos bas, un refus de la « densité urbaine » ; mais ce faible Cos va surtout éviter la construction de logements sociaux là où ils sont indésirés par le voisinage, le marché immobilier ou les décideurs : entre autres conséquences, les habitants des taudis ne pourront ainsi être relogés/relégués que plus loin.

Enfin, le développement durable n'échappe pas à des choix inégalitaires : la desserte express de l'aéroport Charles-de-Gaulle est programmée, mais les investissements nécessaires sur la ligne 13 du métro sont toujours attendus. On envisage ici l'enfouissement d'une route nationale mais au même moment une

autre banlieue, à la population plus pauvre, se verrait coupée en deux par le tracé d'une quatre voies. À travers ces exemples, on constate que le label du développement durable peut s'accommoder de processus inégalitaires ou ségrégatifs voulus, et aux conséquences prévisibles en termes de santé publique. Rappeler ces principes ne condamne pas les politiques publiques fondées sur le développement durable : cela conduit simplement à se départir de tout angélisme dans la conception et l'analyse de ces politiques. En matière de développement durable, il faut non seulement lutter contre les mauvaises idées, mais aussi se méfier de celles qui apparaissent bonnes mais ne le sont pas...

#### L'implication citoyenne

Elle est tout aussi complexe : les préoccupations en matière de développement durable portées par les médias sont celles des classes moyennes ou favorisées. L'éventuelle nocivité pour la santé des riverains des antennes relais de téléphonie mobile occupe ainsi une place dans le débat public sans commune mesure avec celles des expositions professionnelles toxiques les plus avérées ou avec les difficultés de paiement de l'eau potable par les familles pauvres. Par ailleurs, la projection dans le long terme est bien plus difficile pour les familles qui sont dans une logique de survie financière immédiate que pour les plus aisées. Travailler avec les habitants défavorisés autour du développement durable nécessite donc un triple effort: pour intégrer leurs propres préoccupations; pour tenir compte de l'impact spécifique des décisions prises sur leurs conditions de vie; et pour faciliter leur prise de parole dans un débat public (national et local) souvent monopolisé par les militants et les spécialistes.

### Le niveau local est, d'évidence, l'un des nœuds de ces contradictions

La ville d'Aubervilliers avait demandé à la cellule interrégionale d'épidémiologie (Cire) d'Ile-de-France, antenne de l'Institut de veille sanitaire (InVS), de l'aider à évaluer les contraintes de dépollution pour une école bâtie sur un site s'étant révélé pollué. La Cire a alors proposé de réaliser un protocole systématique pour anticiper ces questions sur de futures opérations de construction : s'est ainsi créée une réponse mieux adaptée à l'importance du problème. En matière d'eau potable, les inspecteurs de salubrité travaillent à réduire les fuites sur le réseau domestique (c'est l'un des axes de la lutte contre l'insalubrité de l'habitat) mais veillent aussi à assurer l'approvisionnement de tous, y compris pour les familles vivant dans des copropriétés où les impayés de charge ont conduit à la coupure. Les habitants du quartier du Marcreux se voient, dans le cadre de l'atelier Santé-Ville, proposer la participation à un jardin potager partagé, paral-lèlement à l'action pour l'amélioration de l'habitat (très insalubre dans cette zone) et aux actions pour l'accession aux droits sociaux : mener l'un sans l'autre serait irrespectueux. Bref, l'action pour le développement durable peut s'ancrer, localement, dans la « vie réelle », à travers diverses formes de lutte contre les facteurs de risques pour la santé.

### Mais cet échelon local bute vite sur ses limites

Limites financières : on l'a dit, intégrer le développement durable dans une politique communale coûte plus cher dans des zones pauvres que dans des communes riches. Limites urbaines et politiques : la résorption de l'habitat insalubre le plus dense ne peut se régler à l'échelle de la seule commune. Limites sociales : la pauvreté, le statut locatif précaire, l'échec scolaire constituent autant d'obstacles aux bonnes pratiques environnementales individuelles; l'action locale a peu de prise sur ces obstacles. À n'en pas tenir compte, elle peut être dangereuse : un programme de sensibilisation au développement durable en milieu scolaire, s'il ne prend pas en compte les conditions de vie réelles des enfants, est sans objet, voire contre-productif pour les plus défavorisés d'entre eux.

# Sortir de ces contradictions signifie modifier les pratiques nationales

D'abord, chaque prescription ou recommandation environnementale de l'État devrait s'accompagner d'une évaluation financière de son impact ; et des mesures compensatrices devraient être prévues en faveur des territoires payant le plus lourd tribut à l'histoire industrielle et sociale : communes avec un passé industriel, bien sûr, mais aussi communes dont l'explosion démographique (souvent avant ou après-guerre) a conduit à la réalisation massive d'équipements parvenant aujourd'hui à obsolescence : elles devraient bénéficier d'un soutien financier spécifique pour l'application de prescriptions environnementales aux conséquences plus lourdes.

Ensuite, il est nécessaire de développer le champ de la recherche croisée entre développement durable et inégalités sociales de santé. Cela passe probablement par un renforcement des travaux dans des domaines comme l'habitat insalubre – *a priori* peu d'équipes françaises s'y consacrent, au regard par exemple du nombre d'équipes qui travaillent sur la pollution atmosphérique – ou l'environnement professionnel. L'exemple au Royaume-Uni de l'intervention publique autour de la précarité énergétique (difficulté d'accès à l'énergie pour les populations particulièrement défavorisées) est éclairant : de vrais débats théoriques et opérationnels traversent les politiques publiques ; comment tenter d'atteindre à la fois une

réduction de la précarité énergétique et de ses conséquences inégalitaires sur la santé, et une réduction des consommations?

Enfin, il faut une volonté politique pour que les territoires locaux ne soient pas laissés face à eux-mêmes : dans ce domaine comme dans celui du logement, de l'éducation, de la santé, laisser chaque territoire seul en charge de son devenir signe l'aggravation des inégalités en santé environnementale. Une solidarité nationale doit se mettre en place, réellement. L'époque où l'on faisait lon-

ger Aubervilliers par un périphérique s'enfouissant porte de Saint-Cloud est heureusement révolue, comme sont achevés les temps où les miasmes industriels étaient légitimes pourvu qu'ils fussent au-delà de La Villette. Mais ni la réparation des séquelles de ces temps, ni la réflexion sur des processus ségrégatifs qui perdurent ne sont, pour l'instant, à la hauteur de la situation.

#### Luc Ginot

Médecin de santé publique, Aubervilliers, Seine-Saint-Denis, membre du Conseil national des Villes.

Entretien avec Serge Hercberg, professeur des universités, praticien hospitalier, président du comité de pilotage permanent du Programme national nutrition santé (PNNS).

# « Une nutrition saine ne peut se passer du développement durable »

Y a-t-il un lien entre la promotion d'une bonne alimentation pour la santé et le développement durable ? Serge Hercberg a accepté de répondre à cette question un peu iconoclaste. Pour lui, la culture, l'histoire du terroir sont la passerelle incontournable entre le développement durable – et le recours aux produits locaux de qualité – et la santé par un bon équilibre nutritionnel.

La Santé de l'homme: Le Programme national nutrition-santé, qui promeut une alimentation équilibrée, prend-il en compte les principes du développement durable?

Pr Serge Hercberg: Les principes du développement durable, même s'ils ne sont pas directement formulés comme tels, sont, selon moi, implicitement présents dans le Programme national nutrition-santé (PNNS). Ce programme a pour objectif d'améliorer l'état de santé de la population en agissant sur un de ses déterminants majeurs qui est la nutrition. Le PNNS est une somme de préconisations et d'actions permettant, par la communication et la formation, d'agir sur l'offre alimentaire et sur son environnement. Nous touchons donc à des secteurs larges, comme la production, la commercialisation, la distribution des denrées alimentaires ou l'approvisionnement...

S. H.: Voulez-vous dire par là que la recherche de l'équilibre nutritionnel s'inscrirait dans une démarche de développement durable?

Réfléchir à l'offre alimentaire de nos concitoyens en termes de régulation des productions des fruits et légumes, par exemple d'approvisionnement des cantines scolaires, des hôpitaux, des maisons de retraite, implique qu'il n'est pas possible d'ignorer les principes et leçons que nous inspire le développement durable, notamment dans la prise en compte d'un nécessaire équilibre entre les domaines économiques, écologiques et sociaux. Dans nos débats, nous sommes confrontés à cette triangulation. Mettre en place une politique de santé publique aujourd'hui, quel que soit le niveau d'intervention - réglementaire ou au niveau du citoyen - nécessite en parallèle une réflexion importante sur le développement durable.

S. H.: Mais comment inscrire l'objectif d'équilibre nutritionnel dans une démarche de développement durable ?

L'équilibre nutritionnel ne se décrète pas. Et influer sur l'état nutritionnel d'une population, c'est travailler aussi sur l'activité physique, c'est également travailler avec les professions du secteur de l'alimentation ; c'est agir sur l'environnement, les produits proposés à la vente et leurs filières. Il n'existe pas une seule et unique action permettant d'atteindre cet équilibre nutritionnel. Il s'agit bien d'une conjonction d'actions, de mesures, voire de réglementations et de lois à mettre en œuvre vis-à-vis des publics. Prenons l'exemple des enfants : les cantines scolaires font partie des structures de vie sur lesquelles l'on peut agir: par des animations, des sensibilisations, l'enfant pourra y découvrir l'offre alimentaire qui lui est proposée. La cantine est un levier efficace et direct. La formation au goût, à la découverte, à l'intégration de l'équilibre nutritionnel passe par là. Jusqu'à ce que le PNNS se mette en place, il n'y avait pas toujours de prise en compte du volet nutritionnel dans les cantines scolaires. Nous essayons actuellement d'intégrer ce volet qualitatif dans l'offre alimentaire en donnant aux intendants, aux responsables de la restauration collective en milieu scolaire, les moyens d'intégrer cette dimension. Nous parlons alors de qualité gustative.

#### S. H.: C'est-à-dire?

Développer une offre alimentaire de bonne qualité dans les cantines et évaluer cette offre et ses bénéfices/effets. Nous pouvons dire aux intendants qu'il est nécessaire d'offrir des fruits et des légumes. Mais si ceux-ci ne sont pas bons, où est l'efficacité? Il est indispensable d'intégrer une dimension gastronomique et gustative, or cette qualité gustative peut justement être favorisée par l'approvisionnement de proximité. Nous souhaitons, de plus, accompagner cette distribution par de l'information sur la provenance des produits, leur histoire, leur manière d'être cultivés. Nous souhaitons favoriser la découverte du goût par la prise en compte de l'aspect nutritionnel. C'est une approche citoyenne, tout comme l'est la formation de l'enfant au développement durable.

### S. H.: L'éducation peut-elle être l'axe central de la pratique nutrition-

### nelle, de la connaissance des produits, de la recherche du bien-être?

Pour l'enfant, c'est particulièrement vrai. Pour l'ensemble de la population, cela reste vrai à condition d'agir sur l'offre. Il ne suffit pas de savoir ce qui est bon et pourquoi. Encore faut-il que ce soit accessible. Cela touche à la capacité que nous avons à la fois d'améliorer la qualité nutritionnelle des produits et de les rendre consommables par des personnes qui sont considérées comme défavorisées. Nous travaillons beaucoup sur cette idée avec les opérateurs, les fabricants de produits, les distributeurs et la restauration collective. Les circuits de distribution font partie de cette recherche du bien-être, notamment parce qu'ils impliquent les productions de saison. Connaître les produits régionaux et les faire connaître par le biais de la restauration collective, en favorisant autant la filière que la recherche de qualité, nous sommes bien dans l'implicite évoqué tout à l'heure.

# S. H.: Pouvez-vous citer des exemples en France ou à l'étranger d'actions qui conjuguent promotion de la santé et développement durable avec recours à des produits de proximité?

Il existe de nombreuses actions de ce type en France. Dans le département du Vaucluse, par exemple, des ateliers de conditionnement des fruits et légumes locaux, de qualité mais ne remplissant pas tous les critères (NDLR: par exemple de calibrage), permettent de récupérer ces denrées, de les valoriser puis les mettre à disposition du public dans des structures d'aide alimentaire. Cette opération marie la quête de produits régionaux de qualité, l'accessibilité locale et l'offre alimentaire envers des populations en difficulté économique. La chaîne est complète depuis le produit jusqu'à son stockage. Et quelques emplois ont ainsi été créés. On retrouve ici le triptyque du développement durable - l'économique, le social et l'environnement. J'y ajouterai, et c'est très important, l'aspect culturel : le terroir. Des exemples similaires existent en région parisienne, au marché de Rungis, notamment avec les « retraits », ces produits qui parfois ne sont pas distribués pour des raisons de coût.

À l'étranger, le Québec nous inspire, notamment dans sa gestion de la restauration collective. La Finlande développe également des programmes de santé publique dans ce domaine. Nous échangeons beaucoup avec nos collègues suisses sur la restauration scolaire et collective. Il existe ainsi une sorte de mutuelle internationale des expériences de santé publique.

# S. H.: Vous avez évoqué l'aspect culturel, le terroir : cet aspect est-il pris en compte dans le PNNS?

Indéniablement. Une grande originalité du programme à la française de santé publique pour la nutrition est de mettre en regard la santé, le plaisir, la gastronomie, la tradition, la culture. C'est indispensable dans un pays où l'attrait alimentaire a une valeur et l'alimentation une histoire, une tradition. Si nous voulons réussir en santé publique, nous devons nous appuyer sur cet ancrage culturel de l'alimentation. Le PNNS donne un cadre de référence et évoque l'importance du contexte local. Ce n'est pas la même chose de parler de l'huile d'olive au nord ou au sud. L'équilibre nutritionnel, cette relation entre l'alimentation et la santé, est bien un subtil mélange entre ce local, disons le terroir, et le global, la filière. En d'autres termes, une nutrition équilibrée et de qualité ne peut pas se passer du développement durable.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**Journaliste.

## Brive-la-Gaillarde, une ville bien dans son assiette

À Brive-la-Gaillarde, en Corrèze, les cantines scolaires privilégient les produits de qualité et du terroir, conjuguant ainsi développement durable et santé. Et les enfants peuvent pratiquer une activité physique avant et après le repas.

La ville de Brive-la-Gaillarde a toujours conduit une politique du « bien manger ». Les critères retenus par la ville pour choisir les entreprises qui fournissent les cantines scolaires sont en premier lieu la qualité du produit (50 %), suivi de la qualité et du délai de livraison (30 %), puis du prix (20 %).

La commune impose que tous les produits servis dans ses restaurants scolaires soient de qualité supérieure : les aliments sont garantis sans OGM et sans les principaux allergènes (arachide), le boeuf provient d'une viande « limousine » de moins de quatre ans, les poissons sont pêchés en haute mer et traités/surgelés sur le bateau, les salades sont confectionnées dans la légumerie municipale. Quand une purée est servie, elle est « nature » et 500 kg de pommes de terre sont épluchés à cet effet par le personnel de la cuisine centrale communale. Cette dernière dispose de son propre atelier de transformation des légumes, où plus de 180 tonnes de produits sont utilisés chaque année pour confectionner les repas. Les menus servis aux enfants sont équilibrés et incluent systématiquement des crudités, des cuidités (légumes verts ou fruits cuits), du laitage, des sucres lents et un plat protidique.

À Brive-la-Gaillarde, 55 % des enfants déjeunent dans les restaurants scolaires. Ils sont plus de 60 % dans les écoles du centre-ville pour un peu moins de 40 % dans les écoles situées en Zep. Le prix d'un repas varie suivant les revenus de la famille, de 0,85 € à 4,40 €. Les familles temporairement dans le besoin ou disposant de faibles ressources peuvent demander à bénéficier au centre communal d'action sociale (CCAS) d'une prise en charge d'une partie, voire de la totalité, de la facture.

Si le « bien manger » répond à une volonté municipale affirmée, la ville de Brive-la-Gaillarde a aussi accompagné cette volonté de mesures fortes. Pour que le temps du repas soit un moment d'échange convivial, un animateur pour huit enfants en maternelle et un animateur pour douze enfants en primaire sont présents pendant les repas. Et, comme la santé vient en mangeant mais aussi en bougeant, la ville a mis en place des moyens qui permettent aux enfants de bénéficier d'activités encadrées avant ou après le repas. Les enfants des écoles de la Zep qui ne prennent pas leur repas à la cantine ont la possibilité de rejoin-

dre leur établissement pour participer gratuitement pendant une heure aux activités d'après déjeuner. Ces activités physiques varient : jeux collectifs (basket, foot, hand, ballon prisonnier, etc.) ou sport (danse, escalade, athlétisme, gymnastique, etc.). En outre, des ateliers (jeux de société, informatique, lecture, arts plastiques, etc.) sont également organisés. Ces activités sont encadrées par les animateurs municipaux et des intervenants diplômés d'État.

Marc Brandy

Directeur adjoint de la caisse des écoles.

# **Suisse:** des restaurateurs associent repas équilibrés et développement durable

En Suisse, une équipe de diététiciennes et de techniciens environnementaux épaulent 760 restaurateurs qui ont obtenu le label Fourchette verte. Objectif: fournir un repas de midi équilibré et respectueux de l'environnement aux Suisses qui ne déjeunent pas à leur domicile. Le label est soutenu par les pouvoirs publics.

Créé à Genève en 1993, le label Fourchette verte promeut une alimentation équilibrée de qualité consommée dans un environnement sain. Cela correspond aux objectifs de la politique de promotion de la santé et de prévention de la surcharge pondérale et de certaines pathologies (cancers, maladies cardio-vasculaires). Le label est attribué aux restaurateurs qui proposent à leurs clients des menus équilibrés favorables à la santé et qui s'engagent à respecter l'environnement. Il initie et encourage les enfants et tous les publics à adopter des comportements alimen-

taires sains tout en améliorant leurs connaissances en alimentation. Depuis sa création, le label est soutenu par les départements de santé publique des cantons latins ainsi que par la Fondation Promotion Santé Suisse.

Fourchette verte s'adresse à toutes les personnes qui ne peuvent pas manger le repas de midi à leur domicile en incitant les restaurateurs, gérants de self-service et cafétéria, cuisiniers de restaurant scolaires et institution de la petite enfance, à préparer des menus et plats du jour répondant à des critères bien définis : intégrer une grande portion de légumes crus et cuits, cuisiner peu gras en utilisant des huiles contenant des graisses favorables à la prévention de maladies cardio-vasculaires, contrôler les quantités de viande ou aliments équivalents riches en protéines, proposer des féculents à chaque repas en quantité correspondant à l'appétit de chacun. Le plus souvent possible, les restaurateurs préparent des légumes et des fruits de saison et de production locale. Pour obtenir le label, les restaurateurs soumettent des propositions de menus qui sont évalués par des diététiciennes qui les aident également en cas de difficulté rencontrée.

Fourchette verte s'inscrit également dans le cadre du développement durable en se préoccupant aussi de l'environnement lié aux repas. Il donne ainsi des garanties aux consommateurs sur le respect de l'environnement, qui fait partie intégrante des critères du label. Les restaurateurs ont notamment l'obligation d'assurer un tri des déchets, en particulier l'huile, le verre, le papier, le carton, le plastique et le fer-blanc. Dans la mesure du possible, il est également recommandé de trier les pelures, le marc de café et l'aluminium. Le tri des déchets est contrôlé par des spécialistes mandatés. La crédibilité du label est assurée par des contrôles réguliers, en

partenariat avec la Fédération romande des consommateurs. À ce jour, 760 restaurants sont certifiés.

#### Elena Portolès Nikles

Secrétaire générale, Fourchette verte, Petit-Lancy, Suisse.

Pour en savoir plus www.fourchetteverte.ch

# Au Québec, les fermes écologiques approvisionnent les écoles

Québec directement auprès de fermes écologiques locales. Cette initiative vise à favoriser une saine alimentation tout en prenant en compte les questions de développement durable et de solidarité. Neuf institutions du Grand Montréal et six fermes biologiques locales participent à cette action depuis 2007.

Créer des liens directs entre fermes et établissements scolaires permet aux institutions participantes de bénéficier d'aliments frais, tout en soutenant l'agriculture locale et en réduisant les kilomètres qu'auront parcouru ces aliments, un élément clé pour le développement durable. Les établissements participent ainsi à une action solidaire et écologique.

Ce projet bénéficie de l'expertise d'un comité consultatif multidisciplinaire regroupant des représentants des ministères de l'Agriculture, de l'Éducation et de la Santé du Québec, d'associations agricoles, de commissions scolaires, d'établissements de santé, de groupes envi-

ronnementaux et syndicaux ainsi que d'une chercheuse en nutrition; ces experts vont suivre l'expérience de près afin de contribuer à l'essor d'une « alimentation institutionnelle responsable » à l'échelle du Québec. Au terme du projet, un guide pratique de développement d'actions, inspiré des expériences du projet pilote, va être mis à disposition des établissements du Québec.

Pour en savoir plus sur le projet « À la soupe! Pour une alimentation institutionnelle responsable » et pour connaître la liste des établissements participants: http://www.equiterre.org/agriculture/alimentation/index.php

#### Marie-Ève Roy

Chargée de projet, communications et événements, Équiterre, Montréal, Québec, Canada.

#### Pour en savoir plus

www.equiterre.org - mroy@equiterre.qc.ca

Le projet pilote « À la soupe! Pour une alimentation institutionnelle responsable » consiste à approvisionner des services alimentaires d'établissements scolaires – primaires et secondaires – et d'établissements de santé du

# L'autoréhabilitation accompagnée du logement : un outil de prévention

Environ quarante associations, en France, aident des familles démunies à réhabiliter elles-mêmes leur logement. L'objectif est de supprimer tout risque sanitaire présent dans l'habitat dégradé et de favoriser l'autonomie des familles. Des « animateurs techniques » accompagnent les travaux. L'autoréhabilitation, qui peut désormais faire l'objet d'une prime à l'amélioration de l'habitat, pourrait se développer.

Bien que l'on dispose de peu de données statistiques, les services d'hygiène, les travailleurs sociaux et les associations d'accompagnement social au logement constatent que nombreuses sont les personnes mal logées, habitant un logement très dégradé ou inadapté, qui ne sont pas en mesure de

l'améliorer ou de l'entretenir. Ressources financières insuffisantes, incompétences techniques, isolement social, difficultés relationnelles, démotivation, perte de dynamisme expliquent cette situation. C'est ce que le Programme autoproduction et développement social<sup>1</sup> (Pades) centre de ressources qui travaille en partenariat avec des opérateurs de l'autoréhabilitation logement - appelle la « panne du savoir habiter ». Cette situation redouble l'inégalité devant le logement et les risques d'ex-

clusion. Il en résulte un déficit d'entretien du logement, qui entraîne assez rapidement des désordres sanitaires ainsi qu'une dégradation du bâti.

Des associations comme Habitat et Solidarité à Saumur, le Collectif d'hébergement varois à Toulon, les Compagnons bâtisseurs à Rennes et Marseille, l'Acif aux Mureaux, etc., ont expérimenté des démarches d'accompagnement à l'autoréhabilitation du logement. Certains Pact² ont aussi une bonne expérience dans ce domaine. Selon le Pades, une quarantaine d'associations pratiquent l'accompagne-

ment à l'autoréahabilitation en direction de familles défavorisées et peu autonomes (ne disposant pas d'un savoir-faire en matière d'amélioration de leur logement). Actuellement, une soixantaine d'animateurs techniques encadreraient environ sept cents chantiers en France.

# Un accompagnement pour rénover soi-même

Ces intervenants proposent à des familles en difficulté sociale un accompagnement pour réaliser par elles-mêmes des travaux d'amélioration dans leur propre logement. Selon l'état du logement et les capacités de la famille, il peut s'agir de travaux de second œuvre ou de travaux plus légers d'entretien locatif, d'aménagement et d'embellissement. Bien souvent, cela inclut des travaux d'amélioration thermique et énergétique du logement. Les bénéficiaires sont assez divers : locataires du parc privé ou du parc social, propriétaires occupants pré-

carisés. Dans les deux tiers des chantiers, des enfants sont concernés.

Ces associations aident les personnes et familles à mobiliser des aides financières. Pour s'assurer que le projet sera réaliste et que les travaux seront conformes aux normes de qualité et de

sécurité, elles mettent en place un monitorat technique et social qualifié et personnalisé. Les travaux sont l'occasion de corriger ou réduire les facteurs matériels de risque sanitaire: création d'une ventilation ou d'une isolation efficaces, nettoyage ou réfection des sols et surfaces, création ou remise en état des sanitaires, installation d'équipements de chauffage plus efficaces et économes, moins dangereux, etc. L'organisation du chantier vise à ce que le bénéficiaire et ses proches réalisent eux-mêmes la

plus grande part possible des tâches. La participation des bénéficiaires aux travaux favorise leur autonomisation, leur dynamisation, leur resocialisation. Ainsi, des familles démunies apprennent à s'approprier leur logement, à l'entretenir dans la durée. Les animateurs techniques ont la possibilité de passer beaucoup de temps dans des logements dégradés où les travailleurs sociaux n'ont pas accès, faute de disponibilité de leur part et aussi parce que les personnes occupant un logement dégradé tendent à s'isoler et à couper les liens avec le voisinage et avec les institutions. Ces animateurs techniques sont donc en position privilégiée pour effectuer un travail éducatif visant à modifier certains comportements des occupants.

### Recherche-action sur l'autoréhabilitation

Afin de renforcer le rôle de prévention sanitaire des animateurs techniques, le Pades, associé à DHP Consultants<sup>1</sup>, a proposé à deux associations, l'Acif aux Mureaux pour le milieu urbain et Mosaïque à Boulazac pour le milieu rural, de participer à une recherche-action soutenue par la Fondation Caisse d'épargne solidarité. Objectif : élaborer des recommandations et des outils simples qui aideront les opérateurs à mieux prendre en compte, dans les chantiers d'autoréhabilitation, les aspects directement liés à la santé. Ces chantiers étant presque toujours effectués avec des movens limités, les animateurs techniques doivent traiter les priorités. La construction du projet d'amélioration du logement doit prendre en compte à la fois les éventuelles priorités sanitaires identifiées à l'aide de ces outils et le ressenti des familles quant à « ce qui est important ». D'où l'impératif d'identifier l'acceptabilité et les bénéfices pour les familles concernées d'un travail participatif autour des questions de santé. Cette recherche-action doit permettre d'apprécier la contribution des chantiers d'autoréhabilitation à un objectif de santé publique, dans une logique d'extension de ce type de chantier au niveau national.

En conclusion, ce mode d'intervention se développe et a été reconnu par l'État. À la suite des recommandations du Comité interministériel de lutte contre l'exclusion de juillet 2004, l'Agence nationale d'amélioration de l'habitat (Anah) peut octroyer depuis début 2006 une prime à l'amélioration de l'habitat (PAH) pour des travaux réalisés en autoréhabilitation encadrée.

#### Daniel Cérézuelle

Responsable scientifique du Pades, Pantin.

# Des agriculteurs cultivent des jardins avec les familles des cités

À Saint-Étienne, dans la Loire, à l'initiative du centre social, deux cent cinquante familles cultivent des jardins avec l'aide d'agriculteurs. Une façon pragmatique pour ces familles d'accéder à des produits de qualité.

L'action s'intitule « Ville-Campagne ». D'un côté, de grands ensembles, au sud-est de Saint-Étienne, habités par une population souvent immigrée, à faible niveau socio-économique. De l'autre, des agriculteurs de basse montagne, à 20 km de la ville, qui ont du mal à survivre sur de petites exploitations. A priori, ces deux groupes n'avaient rien pour se rencontrer. Pourtant, le centre social Espace Loisirs, implanté au cœur des grands ensembles, et l'Addear (Association départementale de développement de l'emploi agricole et rural), une association de petits producteurs, ont relevé le défi : tisser des liens entre ces populations au quotidien très différent. Des agriculteurs louent un champ au centre social; enfants et adultes des quartiers y cultivent des légumes avec l'aide des paysans. La production est répartie entre les nouveaux maraîchers. Les enfants découvrent que les pommes de terre ne sont pas des cubes surgelés. Les femmes comprennent pourquoi les haricots verts, si longs à cueillir, coûtent cher sur les marchés. Cette démarche permet aussi de promouvoir une nourriture équilibrée dans des familles urbaines où sévit l'obésité infantile. L'action « Jardin », qui a reçu un prix de la Fondation de France, présente un bilan positif. Le type de relation entre personnes ancrées dans la vie rurale et enfants du quartier est intéressant. La sagesse, la précision du geste, l'humour des jardiniers apaisent les enfants. Leur savoir-faire permet de cueillir de bonnes récoltes (80 kg de tomates, 50 kg de haricots, 20 kg de fraises, etc.). Les petits jardiniers demandent expressément aux parents de cuisiner leur récolte. Certains, d'ailleurs, mangent des légumes qu'ils rejetaient jusque-là. Deux cent cinquante familles sont impliquées dans cette action.

Parallèlement à cette opération « Jardins », un autre objectif était que les agri-

culteurs trouvent dans ces quartiers des débouchés pour leurs produits de qualité et qu'ils vendent directement aux familles des légumes, du lait, des volailles et des œufs. Or, après deux ans de fonctionnement, on constate que ce volet de l'action fonctionne beaucoup moins bien : les membres du centre social se sont rapidement aperçus que les légumes de qualité sont encore trop cher pour les familles, qui sélectionnent les produits bon marché (lait, œufs, pommes de terre). De ce fait, ce ne peut représenter un débouché pour les agriculteurs. De plus, la qualité des relations tissées lors des échanges, des visites de ferme, des « repas couscous » est polluée par ces échanges commerciaux. Pour améliorer l'accès de cette population aux denrées alimentaires, le centre social étudie la mise en place d'une épicerie solidaire (avec l'aide du conseil régional). En plus des agriculteurs, celle-ci sera approvisionnée par la banque alimentaire afin de conserver à la fois le principe de circuits courts avec des livraisons de légumes et des prix adaptés aux possibilités financières de chacun.

#### Jean-Paul Barbot

Directeur du centre social Espace Loisirs, Saint-Étienne.

<sup>1.</sup> Pades: Programme autoproduction et développement social—1, rue du Pré-Saint-Gervais 93500 Pantin—Tél. 01 57 42 50 53—E-mail: pades@orange.fr—Site Internet: bttp://www.padesautoproduction.org; Cabinet DHP Consultant—D' Hervé Picard—64, rue Vieille-du-Temple—75003 Paris—Tél. 06 86 08 43 46—E-mail dbpconsultant@noos.fr

<sup>2.</sup> Pact : le mouvement Pact Arim est le premier réseau associatif national au service des personnes et de leur logement. Il est composé de 145 associations et organismes répartis sur tout le territoire national adhérant à la Fédération nationale des centres Pact Arim.

# En Belgique, des professionnels pour ausculter les logements

En Belgique, des services d'analyses de pollution intérieure, alertés par des médecins, se rendent au domicile des familles souffrant de problèmes de santé. Ils procèdent à des prélèvements pour identifier les causes des pathologies rencontrées et tenter d'y remédier. Le bilan de cette initiative est contrasté : à la suite de 80 % des interventions, les patients ont vu leurs problèmes de santé régresser. Mais, au-delà de cette initiative, la seule solution pour échapper à l'insalubrité structurelle d'un logement reste le déménagement.

La pollution intérieure est maintenant reconnue comme étant un enjeu important de santé publique. C'est pourquoi, en 1999, plusieurs services ont été mis en place en Belgique. En région de Bruxelles-Capitale, ce service porte le nom de Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure (Cripi). Dans les cinq provinces wallonnes, ils sont dénommés Sami (Service d'analyse des milieux intérieurs).

À Bruxelles, une équipe

constituée d'une chimiste et

de deux infirmières sociales intervient lorsqu'un médecin généraliste ou spécialiste – suspecte qu'un problème de santé chez un patient peut être mis en relation avec la présence éventuelle de polluants à l'intérieur de son habitation. L'équipe se rend chez le patient afin d'effectuer une série de prélèvements. Les prélèvements chimiques réalisés concernent la recherche de composés organiques volatils et de pesticides dans l'air, la mesure du formaldéhyde, le dosage du plomb dans les peintures, etc. Au niveau biologique, les moisissures sont identifiées dans l'air ou sur des surfaces contaminées et les allergènes d'acariens et moisissures sont recherchés dans les poussières de matelas. Parallèlement, un questionnaire est rempli par l'infirmière avec l'aide de l'habitant; les questions ont trait au mode de vie de

l'habitant, les problèmes de santé, des renseignements généraux sur l'habitation, etc.

Après analyse des prélèvements au laboratoire, les résultats sont envoyés au médecin. L'infirmière sociale retourne alors au domicile pour présenter les résultats au patient et propose des conseils de remédiation pour réduire, voire éliminer la (ou les) nuisance(s) mise(s) en évidence. Environ un an après l'enquête, un questionnaire est envoyé au patient et au médecin afin d'évaluer l'évolution de l'état de santé du patient et estimer si les conseils de remédiation proposés ont été suivis et sont concluants. Dans de rares cas, le patient est orienté vers d'autres services, en fonction de l'évolution du problème

suspecté. Toutes les données recueillies au long du processus d'enquête sont encodées dans une base de données et permettront à plus long terme de préparer une stratégie d'actions préventives (comportements de consommation, aération et ventilation, conception des bâtiments, etc.).

Depuis septembre 2000, un millier d'enquêtes ont été effectuées sur Bruxelles. Les demandes concernent principalement des patients souffrant de problèmes respiratoires (rhinites, sinusites, asthme, bronchites, etc.) mais les manifestations peuvent aussi être d'ordre cutané ou plus générales (céphalées, fatigue chronique, etc.). La majorité des demandes d'intervention

sont issues de médecins généralistes, viennent ensuite les pédiatres et pneumologues. Les enfants sont particulièrement concernés puisque 30 % des demandes touchent des enfants de 0 à 6 ans (dont la moitié n'a pas plus de 2 ans). Les symptômes les plus couramment invoqués sont : difficultés respiratoires, nez bouché et bronchiolites; 12 % des patients ont plus de 65 ans. Les demandes d'intervention concernent majoritairement des problèmes d'humidité et de moisissures, les problèmes chimiques étant plus rares, en tout cas en ce qui concerne leur aspect « visible ».

Les conseils les plus souvent prodigués concernent l'entretien général du logement, dont principalement l'aéra-

> tion pour diluer les polluants et/ou diminuer l'humidité ambiante, un changement de matelas s'il est contaminé par des acariens ou des moisissures (9 % des matelas étaient fortement contaminés). Un assainissement du logement est préconisé s'il y a présence de moisissures. Des recommandations en matière de nettoyage sont alors proposées. Néanmoins l'habitant devra se renseigner auprès d'un expert en bâtiment pour déterminer les causes du problème d'humidité. Les frais d'assainissement ne sont pas supportés par le Cripi mais sont à charge du locataire ou du propriétaire. Ne sont proposées

que des recommandations pouvant être mises en œuvre par l'habitant et ce, en fonction de ses moyens financiers. Dans de rares cas, cela ne suffit pas et un déménagement serait la solution. Mais, dans d'autres cas, les résultats sont encourageants: selon les médecins, 58 % de leurs patients ont vu leur état de santé s'améliorer. Quant aux patients, ils sont 80 % à se sentir mieux (30 % ont déménagé et ressentent de ce fait directement une disparition de leur problème de santé). La plupart des conseils ont été suivis sauf lorsque le locataire estime que c'est au propriétaire de prendre en charge le coût des travaux d'assainissement. Même si un mode de vie mieux adapté pourrait déjà améliorer la situation, certaines personnes préfèrent initier des procédures judiciaires, souvent longues. Par ailleurs, une étude pilote de pollution intérieure dans les crèches est actuellement en cours.

Voici deux cas concrets des situations rencontrées : un couple avec deux enfants âgés respectivement de 2 ans et 18 mois occupent un appartement avec deux chambres. L'aîné souffre de toux, infections respiratoires à répétition, problèmes ophtalmiques. Le père et le bébé présentent également toux et infections respiratoires. La famille dort dans la même chambre car les symptômes se manifestent davantage dans l'autre chambre. Après analyse, trois souches de moisissures ainsi que des acariens ont été identifiés sur les murs. Le matelas de l'enfant est également contaminé par des moisissures. Les conseils de remédiation consistent à résoudre les problèmes d'humidité, assainir le logement et remplacer le matelas des enfants. L'évaluation après un an indique que l'état de santé de l'enfant s'est amélioré, le matelas a été remplacé mais des problèmes d'humidité persistent car les travaux n'ont pas été réalisés entièrement (blocage de la part du propriétaire). Second exemple de situation traitée : une famille avec trois enfants vit dans une maison. Fin juillet, un traitement contre l'humidité est appliqué par injection dans les murs du salon. Une nuisance olfactive se fait rapidement sentir. La mère a un goût désagréable dans la bouche. Le fils aîné développe de l'asthme. Après analyse, il s'avère que les concentrations totales en composés organiques volatils atteignent plus de 1700 µg/m³ alors que la valeur limite est de 200 µg/m³ (référence EPA-US). Le produit utilisé était à base de White-Spirit, erreur de l'entreprise, qui devait utiliser un solvant à base d'eau prévu pour des locaux d'habitation. La famille a déménagé dans un logement de transit pendant plusieurs mois, en aérant intensivement le logement. Un an après, tout commence à rentrer dans l'ordre.

#### Sandrine Bladt

Chef de service Cripi, Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure, Bruxelles Environnement – IBGE, Bruxelles, Belgique.

#### Pour en savoir plus

Sandrine Bladt : sbl@ibgebim.be

# Promotion de la santé et vélo : l'expérience des Pays-Bas

Les Pays-Bas sont numéro un mondial pour la pratique du vélo, qui conjugue développement durable et santé. Ce n'est pas pour promouvoir la santé que ce pays a généralisé le vélo mais pour éviter les embouteillages. Depuis quelques années, les Néerlandais commencent à prendre en compte les vertus du vélo pour la santé. Plusieurs programmes locaux conjuguent pratique du vélo et lutte contre l'obésité et l'inactivité.

Les Pays-Bas sont le premier pays au monde pour le vélo. En moyenne, un tiers des trajets – et la moitié des trajets de moins de 7,5 km – se font à vélo. Amsterdam, à elle seule, rassemble plus de 50 % des trajets en centre-ville à vélo<sup>1</sup>.

Cependant, la santé n'a pas été la préoccupation majeure de la politique du vélo. Au départ, l'utilisation du vélo était la réponse à la congestion grandissante des zones urbaines. C'est ce qui a servi de fondement au plan national du vélo, le « Masterplan Fiets » (Fiets signifiant « vélo » en néerlandais), dans les années 1980 et 1990 aux Pays-Bas. À partir de la décennie 1990, deux développements simultanés ont eu lieu: l'importance croissante du surpoids dans la population et la découverte de l'impact important du manque d'activité physique sur l'économie et la société. Il a été démontré que l'absentéisme au travail passe de 5,5 % en moyenne sans activité physique régulière à 4 % en moyenne avec 30 minutes d'activité physique journalière, ce qui engendre une réduction des coûts de 1,5 milliard d'euros par an.

Tout cela a été mis en exergue lorsque la population a pris conscience que ces 30 minutes d'activité physique journalière pouvaient être réalisées en prenant le vélo pour aller travailler ou en combinant vélo et transports en commun, soit en général 15 minutes pour atteindre les transports en commun, puis 10 minutes de transports en commun pour se rendre au travail.

Deux initiatives ont été mises en place, indépendantes mais subvention-

nées par le gouvernement. La première s'intitule *Trappen naar je werk* (« Pédaler pour aller au travail ») et la deuxième *Trappers* (« Les pédaleurs »). Elles fonctionnent toutes les deux selon le schéma des *miles* des transports aériens : tous les kilomètres effectués à vélo sont enregistrés et permettent d'accumuler pour l'usager des *Trappers Miles* qui, à terme, peuvent être utilisés pour acheter des produits.

#### Vélo offert par l'entreprise

Acheter un vélo par le biais d'un employeur est exonéré de taxe. Dans la plupart des cas, les employeurs offrent un vélo à leurs employés tous les trois ans. Certains employeurs payent même 0,19 euro pour chaque kilomètre à vélo effectué par leurs salariés. Chaque entreprise est dotée de parkings à vélos et presque toutes permettent à leurs employés de prendre une douche. Enfin, une large majorité d'entreprises permet l'utilisation des *OV-fiets* (les vélos publics) pour réaliser certains tronçons des voyages d'affaires.

Le vélo apparaît de loin comme étant le moyen de transport le plus propre, très « développement durable » (pas d'émission de CO<sub>2</sub>) et sain ; en outre le vélo est le moyen de transport le plus rapide pour se déplacer dans les environnements urbains. Ce sont les raisons pour lesquelles le vélo occupe une place de plus en plus centrale : il concourt à l'organisation de trajets efficaces et intelligents en combinant tous les modes de transport.

# Une pratique efficace contre l'obésité

De plus, le vélo est de plus en plus perçu comme le moyen de vaincre l'obésité, fléau des sociétés industrialisées. Dans un entretien accordé récemment aux Pays-Bas, le professeur et nutritionniste Martijn Katan (Université libre d'Amsterdam), qui fait par ailleurs partie de l'association de promotion du vélo aux Pays-Bas, souligne que le vélo est de loin le meilleur moyen de vaincre l'obésité et les autres maladies liées au manque d'activité physique: « Quand les gens me demandent ce qu'ils peuvent faire contre leur surpoids, je leur réponds : "du vélo du vélo du vélo". Chaque litre d'essence que nous achetons nous fait grossir de 10 grammes. »

Un bon exemple de la synergie entre le vélo et la santé est celui de Haarlem Waarderpolder. Dans cette ville de Haarlem, la santé est l'élément central de la politique des transports, et le vélo est au cœur du dispositif. Des tests de santé périodiques sont conduits afin de mesurer les différences d'indicateurs de santé entre usagers et non-usagers du vélo. La population peut utiliser un vélo lors de la pause méridienne, sur des voies spécialement prévues à cet effet. Les résultats sont spectaculaires, à la fois en termes d'accessibilité et d'amélioration de la condition physique.

Le vélo est peu coûteux pour les personnes à faible revenu et est considéré par les groupes à revenus élevés comme étant sain, un bon moyen de faire du sport et bon pour la société.

# Un urbanisme pas toujours adapté

La promotion du vélo bénéficie d'un réel soutien de la part de la classe politique et des citoyens. Les seuls obstacles sont liés à la très forte densité du bâti urbain. Dans les années 1960-1970, l'aménagement urbain était principa-

lement axé sur la promotion de l'utilisation des voitures, et l'agencement des infrastructures a laissé très peu de place pour le vélo. Certaines villes telles que Groningen, Amsterdam, Utrecht, Tilburg et Zwolle ont pallié ces problèmes en mettant de nouvelles infrastructures pour le vélo, des pistes cyclables aériennes et des tunnels, des ponts, etc. D'autres villes comme Rotterdam n'ont pas développé autant les infrastructures pour le vélo, ce qui amène à des taux d'utilisation du vélo inférieurs aux autres villes (20 % contre 33 % en moyenne dans les villes hollandaises). Dans les villes nouvelles, le vélo est l'un des éléments clefs de

#### Pour en savoir plus

hans.voerknecht@kpvv.nl ou consulter www.fietsberaad.nl et www.fietsberaad.org (site international) l'architecture de la ville avec des connexions aux principaux échangeurs des transports en commun et aux centres-villes pour les vélos, alors que les voitures doivent emprunter des itinéraires plus longs. La ville de Houten en est le meilleur exemple en termes d'aménagement urbain.

#### Hans Voerknecht

Coordinateur international du vélo, Organisme : Dutch Knowledge Platform Traffic and Transport.

1. Aux Pays-Bas, le nombre moyen de vélos par foyer bollandais est de trois. Une étude néerlandaise sur la mobilité indique que, des moins de 12 ans aux étudiants, le nombre de trajets à vélo par jour et par personne est proche de 1 (0,7 pour les collégiens du secondaire, 1 pour les élèves du primaire). Par ailleurs, plus on est aisé aux Pays-Bas, moins on pratique le vélo : le nombre de trajets à vélo par jour et par personne est record (0,9 trajet/jour) chez les personnes ayant un revenu annuel inférieur à 7 500 euros et il est le plus faible chez les personnes gagnant plus de 30 000 euros par an.

# Le « pédibus » : pollution zéro et activité physique garanties

Dans un numéro précédent<sup>1</sup>, Éric Le Grand avait conté l'engouement des tout-petits pour le « pédibus », qui consiste pour les jeunes enfants à aller à l'école à pied en étant encadrés par des adultes. Le groupe d'enfants suit un itinéraire piéton précis qui le mène en toute sécurité et à l'heure à l'école. Le groupe est encadré par des adultes, deux au minimum, généralement des parents. Les « pédibus », ou bus pédestre sous forme de ramassage scolaire « non motorisé », se développent en France, dans plusieurs pays d'Europe et ailleurs ; ils permettent de conjuguer santé (par la pratique de l'activité physique) et développement durable (autant de voitures supprimées et donc de pollution).

Ainsi, par exemple, dans le département du Rhône, des groupes d'enfants effectuent vingt minutes de marche en pédibus pour se rendre à l'école dans le village voisin. 1 500 enfants pratiquent le pédibus sur l'agglomération du Grand Lyon, et quelques écoles commencent également à mettre en place des lignes de vélobus dans cette

même région<sup>2</sup>. Les enfants se rendent à des points de regroupement souvent matérialisés par des panneaux.

L'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (Ademe) a recensé de nombreuses initiatives de ce type. Pour le « vélobus » l'Agence cite l'exemple du ramassage scolaire à vélo mis en place à Champigny-sur-Marne (Val-de-Marne), première expérience du genre en France. Lancée par les parents, elle est fondée sur l'idée d'aller chercher les enfants à leur domicile et de les y ramener, quel que soit l'endroit où ils résident. Pour la sécurité, la mairie a mis à la disposition des parents et des enfants des gilets fluorescents et pris des dispositions pour faciliter la circulation de ces groupes de vélos.

Y. G.

1. La Santé de l'homme,  $n^{\circ}$  387, janvier-février 2007 : 41. 2. Libération du 14 mai 2008.

Pour en savoir plus

www.ademe.fr/ile-de-france

# Pour en savoir plus

La notion de développement durable est abondamment illustrée dans la littérature des quinze dernières années mais ce n'est qu'à partir de 2002 – date à laquelle le Sommet mondial du développement durable de Johannesburg reconnaît à la santé le statut de « domaine prioritaire » – que les écrits sur la problématique apparaissent. La question spécifique du lien entre développement durable et promotion de la santé reste quant à elle très peu documentée.

Nous avons choisi d'organiser ce *Pour en savoir plus* en quatre rubriques : textes fondateurs ; organismes officiels de promotion du développement durable ; sélection d'articles et ouvrages consacrés au développement durable et à la santé ; enfin, une base d'actions et de programmes conjoints de développement durable et de promotion de la santé.

Les adresses des sites Internet mentionnés ont été consultées et vérifiées le 25/04/2008.

#### **Textes fondateurs**

• Brundtland H. (prés.). *Our common future* [Rapport de la Commission mondiale sur l'environnement et le développement de l'ONU]. Nairobi : ONU, 1987.

L'expression « développement durable » est apparue pour la première fois de manière officielle dans ce rapport, dit « rapport Brundtland », rédigé par madame Gro Harlem Brundtland, alors Premier ministre de Norvège. Le développement durable y est défini comme « un développement qui s'efforce de répondre aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à satisfaire les leurs ».

Rapport disponible en français: Commission mondiale sur l'environnement et le développement de (ONU). *Notre avenir à tous*. 4º éd. Granby (Canada): Éditions Lambda, 2006.

• ONU. Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement. Sommet planète Terre, conférence des Nations unies sur l'environnement et le développement ; du 3 au 14 juin 1992 ; Rio de Janeiro, Brésil. Rio de Janeiro : ONU, 1992.

En ligne: http://www.un.org/french/events/rio92/rio-fp.htm

Principe I: « Les êtres humains sont au centre des préoccupations relatives au développement durable. Ils ont droit à une vie saine et productive en harmonie avec la nature. » Cette déclaration est le premier texte officiel affirmant la nécessité du lien santé/développement durable.

- OMS. Rapport 2001: Macroéconomie et santé: investir dans la santé pour le développement économique. Conférences ministérielles sur l'environnement et la santé. Genève: OMS, 2002. En ligne: http://onala.free.fr/invdeps.pdf
- Ministère des Affaires étrangères, ministère de l'Aménagement du territoire et de l'Environnement. Santé et développement durable. Sommet mondial sur le développement durable 2002. Dossier d'information pour Johannesburg/Fiche 5 : Santé. Paris : ministère des Affaires étrangères, ministère de l'Aménagement du territoire et de l'Environnement, 2002.

En ligne: http://www.fnh.org/francais/fnh/uicn/pdf/smdd\_sante\_et\_dd.pdf

# Organismes officiels de promotion du développement durable

#### Organismes internationaux

• Centre de recherche pour le développement international canadien

En ligne: http://www.idrc.ca/

 Université internationale du développement durable

En ligne: http://www.uidd.org/

 « Système d'information mondial francophone pour le développement durable » Médiaterre En ligne : http://www.mediaterre.org/

#### France

• Site du ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de l'Aménagement du territoire

En ligne: http://www.developpement-durable.

 Exposition pédagogique en ligne sur le thème du développement durable du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et du ministère de l'Écologie et du Développement durable

En ligne: http://www.ledeveloppementdurable.fr/

• C2DS – Comité pour le développement durable en santé (sous le haut patronage des ministères de la Santé et du Développement durable) En ligne: http://www.c2ds.org/

#### Développement durable et santé

- Cavallier G., Cadalbert R., Antonini J.-C. Villes, santé et développement durable. Paris : La Documentation française, coll. Villes et société, 2007 : 550 p.
- Futura sciences. Santé et développement durable [site Internet]. 2007.

En ligne: http://www.futura-sciences.com/fr/comprendre/dossiers/doc/t/developpement-durable/d/sante-et-developpement-durable\_116/c3/221/p1/

• Lebel J. La santé : une approche écosysté-

*mique*. Ottawa : Centre de recherches pour le développement international, 2003.

En ligne: http://www.idrc.ca/openebooks/013-6/

- Tizio S. La contribution des politiques de santé au développement durable. Problèmes économiques 2005; n° 2877: 39-44.
- Université internationale du développement durable. Rubrique Santé et développement durable [site Internet]. 2008.

En ligne: http://www.uidd.org/fr/thematique/sante\_durable.htm

#### Quelques programmes et actions

• Éduscol. Accompagnement des programmes : éducation au développement durable. Aléas, risques et développement durable [page Internet]. 2006.

En ligne: http://eduscol.education.fr/D1185/z o o m SVT\_cinquiemequatrieme\_aleasrisques.htm

• Observatoire national des agendas 21. Banque de données de l'Observatoire national des agendas 21 locaux et des pratiques territoriales de développement durable [base de données en ligne].2008.

En ligne: http://www.dd-pratiques.org/

Cette base propose 180 fiches d'expériences de collectivités locales françaises en matière de développement durable (une fois sur la page, choisir le thème « santé »).

• Réseau Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les villes du réseau et leurs actions [base de données en ligne]. 2008.

En ligne: http://www.villes-sante.com/datasdoc\_som/d00.htm

De nombreuses actions de développement durable figurent parmi celles initiées par le réseau Villes-Santé (Rubrique « Annuaire », puis thème « développement durable »).

Céline Deroche

Documentaliste.

centre de documentation de l'INPES.

# Diabète: un film support pour l'éducation du patient

Faciliter l'expression des patients et de leurs proches sur le vécu du diabète de type 2, les traitements, la relation avec l'entourage et les professionnels, tel est l'objectif pédagogique du film Les Mots du diabète, réalisé par le comité d'éducation pour la santé des Yvelines (Codes 78), en partenariat avec le service de diabétologie de l'hôpital Saint-Louis, à Paris, et l'association Audiopradif. Ce film a été financé par l'Assurance Maladie.

Aujourd'hui, dans le monde, 246 millions de personnes vivent avec le diabète, maladie chronique dont les complications peuvent être graves et invalidantes. L'Organisation mondiale de la Santé prévoit que cet effectif atteindra 299 millions en 2025 (1). Le vieillissement de la population, l'augmentation de l'obésité, et le manque d'activité physique sont des éléments favorisant le développement du diabète. La prévalence du diabète de type 2 augmente parallèlement à l'épidémie d'obésité et à la sédentarité. Cette maladie touche, en France, en moyenne 3,44 % de la population, soit environ 2 millions de personnes en 2002 (2). En France, la prévalence du diabète traité est estimée à 3,8 % de la population (3), et il y aurait environ 500 000 personnes diabétiques qui s'ignorent (données de l'Association française des diabétiques).

Mieux faire connaître cette maladie et permettre des échanges est essentiel pour aider les personnes diabétiques ou à risque et leurs proches à conserver ou retrouver une qualité de vie qui soit la meilleure possible.

Les personnes vivant dans des conditions de précarité économique et de vulnérabilité psychosociale peuvent avoir en commun leur éloignement du système de santé. Le recours à la prévention et au soin est plus difficile, parfois pour des raisons culturelles mais aussi sociales et économiques. On peut faire l'hypothèse que l'information et l'éducation thérapeutique auprès de ces publics sont rendues plus complexes par les difficultés de compréhension, un éventuel barrage de la langue, et une logique profane éloignée de la logique médicale.

### La "diabésité" de certains quartiers

Ces dernières années, le comité départemental d'éducation pour la santé des Yvelines (Codes 78) a rencontré, dans le cadre de projets d'éducation pour la santé, des personnes diabétiques d'origines socioculturelles variées, pour la majorité en situation de précarité et/ou d'isolement du système de soins, et disposant de faibles connaissances sur la maladie et les traitements. Ces rencontres ont été jointes à des discussions avec des médiateurs de santé, avec l'Association des diabétiques des Yvelines, qui évoquent dans certains quartiers des phénomènes de « diabésité », mot composé par la contraction des vocables « diabète » et « obésité ».

Ce contexte spécifique a amené le Codes 78 à organiser des dépistages sur ces lieux et par ailleurs à proposer la réalisation d'un outil permettant de faciliter l'expression sur le vécu de ces difficultés, afin de lever certains obstacles dans l'accès et le recours aux soins pour les personnes concernées.

#### Pourquoi un film?

À notre connaissance, il n'existe pas, à ce jour, d'outil vidéo insistant sur le point de vue des patients et prenant en compte leurs vécus et leurs représentations de la maladie chronique. Les images nous ont paru le moyen le plus pertinent pour favoriser les échanges, pour faciliter l'identification, parce que certaines personnes ont un rapport peu facile à l'écrit.

Le Codes 78 s'est tourné vers les diététiciennes de Saint-Louis, qui avaient déjà réalisé deux outils d'éducation nutritionnelle sur le diabète<sup>1</sup>, et animé



depuis plusieurs années des stages d'éducation pour les patients diabétiques pour mutualiser les expériences<sup>2</sup>, et vers l'association Audiopradif pour ses compétences dans la réalisation de documentaires.

# Éloignement du système de soins

D'un projet initial centré sur le vécu et les caractéristiques de patients en situation de précarité et âgés de plus de 50 ans, il a paru essentiel d'élargir à d'autres types de patients, plus jeunes et actifs, afin de mettre l'accent sur le fait que les difficultés d'observance peuvent exister pour tout patient, quelles que soient ses spécificités. Les réalisateurs ont donc fait le choix d'une pluralité de témoignages d'hommes et de femmes diabétiques, vivant seul ou en famille, d'origine française ou étrangère, afin de permettre à chacun de s'identifier dans le film.

Certains patients interviewés ont été recrutés à l'hôpital Saint-Louis, d'autres sur leurs lieux de vie, dans les Yvelines, où le Codes 78 avait mené un travail

## éducation du patient

d'éducation pour la santé. Une pluralité de professionnels et bénévoles accompagnant des personnes diabétiques témoignent également de leur vécu dans l'accompagnement de ces personnes.

### Support pour les séances éducatives

Le film a pour objectif principal d'aider la mise en œuvre de séances éducatives afin de mieux prendre en compte les représentations et les vécus de chacun, liés à la maladie et aux traitements, et indirectement favoriser une amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

Plus spécifiquement, l'objectif est de : – faciliter le travail éducatif des soignants et des bénévoles d'associations de patients dans un souci de complémentarité par l'utilisation d'un support éducatif visuel et attractif;

 permettre aux proches des malades d'échanger sur leur vécu et leurs expériences dans un souci de mutualiser les compétences.

Après six mois de tournage dans différents lieux, le projet aboutit à une version de 42 minutes, découpées en différents chapitres (voir encadré), utilisables selon les besoins et le temps imparti aux éducateurs. Un livret pédagogique accompagne le film. Il présente quelques données essentielles sur le diabète et le traitement, et cite des organismes ressources. Il est essentiel d'accompagner le visionnage d'un débat avec un spécialiste afin de compléter les connaissances.

Le film et le livret d'accompagnement ont été finalisés en septembre 2007. Ils sont disponibles sur demande au Codes 78.

Cet outil a déjà été utilisé dans le cadre de la formation continue pour des infirmières, lors du module « Caractériser la relation soignant-soigné », et auprès de groupes d'habitants dans le cadre de rencontres-débats sur la santé. Concernant les principaux acteurs du film, diabétiques depuis plusieurs années, leur participation à ce projet leur a permis d'échanger sur le vécu de la maladie, la place de chacun en éducation thérapeutique et l'expression de leur maladie.

Mettre des mots sur son vécu, ses représentations et les difficultés dans l'observance sont des leviers essentiels dans la démarche éducative et participent à la relation de soins (4). Ce film a permis à des patients de s'exprimer ouvertement et de montrer un autre visage que celui du rôle attendu de patient.

#### Sabine Durand-Gasselin

Anthropo-nutritionniste, chargée de projets, comité départemental d'éducation pour la santé des Yvelines, Versailles,

en collaboration avec **Dorothée Romand**Diététicienne, service diabétologie
de l'hôpital Saint-Louis, Paris.

1. «L'histoire de Demba, alimentation africaine et diabète » et « Alimentation chinoise et diabète ».

2. Voir aussi l'article de Dorothée Romand, qui présente ces actions dans La Santé de l'homme n° 392.

Pour se procurer l'outil : le DVD Les Mots du diabète, réalisé grâce au concours de l'Assurance Maladie (Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires 2006) dans le cadre du Plan régional de santé publique, est disponible gratuitement au Codes 78 sur demande et dans la limite des stocks disponibles. Il est présenté sur le site Internet du Codes 78 (http://www.cyes.info).

#### Contact

Sabine Durand-Gasselin – Codes 78 47, rue du Maréchal-Foch 78000 Versailles

Tél.: 01 39 49 59 93

# w Références bibliographiques

(1) International Diabetes Federation. *Diabetes atlas, third edition*. Brussels: Delice Gan eds., 2006: 378 p.

(2) Afssa, HAS. *Traitement médicamenteux du diabète de type 2*. Actualisation novembre 2006

En ligne: http://www.afssaps.sante.fr/htm/10/dm/sdm/glycemie/diabete\_point\_sur.htm (3) Kusnik-Joinville O., Weill A., Salavane B., Ricordeau P., Allemand H. Diabète traité: quelles évolutions entre 2000 et 2005? Pratiques et organisation des soins 2007; 38(1): 1-12. En ligne:

http://www.invs.sante.fr/publications/entre d/donnees/Evolution\_du\_diabete\_traite.pdf (4) Lacroix A., Assal J.-P. L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique. Paris : Maloine, 2003 : 240 p.

# Comment utiliser ce DVD ?

#### Résumé du contenu

Ce film présente différentes histoires de vie autour du diabète. Une diversité de personnes diabétiques et leur entourage familial témoignent de leur vécu (la découverte de la maladie, le traitement, l'alimentation, la relation avec les soignants, etc.) et évoquent ce que le diabète a changé dans leur vie. Des professionnels de santé donnent leur point de vue sur l'accompagnement et le suivi des malades.

#### Objectifs pédagogiques

- Faciliter un échange sur les représentations et les vécus du diabète pour aider les personnes concernées et leur entourage à sortir de l'isolement face à la maladie, et sa prise en charge;
- aider les personnes diabétiques et leurs proches à conserver ou retrouver une qualité de vie;
- questionner la relation soignant/soigné et les attentes réciproques ;
- permettre de clarifier les connaissances sur la maladie et le traitement;
- sensibiliser la population générale au diabète et à son dépistage.

#### A qui est-il destiné?

Ce film est destiné aux personnes diabétiques et leur entourage, aux professionnels et aux bénévoles engagés dans l'éducation pour la santé du patient et dans la prévention santé.

Il peut être utilisé dans le cadre d'une formation professionnelle, lors de consultations individuelles, et dans un atelier d'éducation pour la santé auprès de groupes de populations diabétiques ou non.

# Recommandations pour l'utilisation

**Matériel :** un lecteur DVD et un écran ou un mur blanc.

**Précaution pédagogique :** il est important d'accompagner le visionnage du film de la présence d'un professionnel ou d'un bénévole expert sur la question du diabète, afin de compléter les connaissances des spectateurs et de répondre aux questions diverses.

Le visionnage dans une salle fermée permettra la confidentialité des échanges et facilitera la dynamique de groupe.

# Schémas régionaux d'éducation pour la santé : regards croisés

Lancés, en 2001, pour « favoriser un développement cohérent et optimal de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire » français, les schémas régionaux d'éducation pour la santé (Sreps) sont désormais intégrés aux plans régionaux de santé publique (PRSP). En 2007, un groupe de professionnels en santé publique a passé en revue l'intégration des schémas régionaux d'éducation pour la santé dans les politiques régionales de santé. Voici leurs principales conclusions.

Dans le cadre de leur module interprofessionnel de santé publique, dix élèves fonctionnaires issus de différentes filières<sup>1</sup> en formation initiale à l'École des hautes études en santé publique (EHESP) ont réalisé, en mai 2007, une étude sur la mise en œuvre des schémas régionaux d'éducation pour la santé (Sreps). Ces schémas quinquennaux arrêtés par le préfet de région ont pour ambition d'organiser, au sein d'un territoire donné, un service public d'éducation pour la santé, en définissant ses moyens d'action et en garantissant son financement2. Cette étude se fonde sur une analyse de documents et sur des entretiens menés auprès de représentants des comités régionaux d'éducation pour la santé (Cres), des directions régionales de l'Action sanitaire et sociale (Drass), de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et de la Fédération nationale d'éducation pour la santé (Fnes). L'étude porte sur un échantillon de quatre régions (Aquitaine, Bretagne, Nord–Pas-de-Calais, et Pays de la Loire) mais le rapport tente toutefois d'apporter une vision plus globale. Les auteurs ont cherché à ébaucher une étude d'impact des Sreps sur la structuration des actions en éducation pour la santé s'inscrivant dans le cadre des politiques régionales de santé<sup>3</sup>.

# Une meilleure visibilité de l'éducation pour la santé...

L'étude conclut que les Sreps ont permis de rendre visible le champ de l'éducation pour la santé en favorisant l'émergence d'une véritable politique publique en la matière au niveau régional. En effet, leur élaboration, dans les conditions prévues par la circulaire du 22 octobre 2001, s'est avérée indispensable à trois niveaux pour :

clarifier le rôle des acteurs et professionnaliser les opérateurs de terrain;
inscrire les actions d'éducation pour la santé dans des programmes pluriannuels et cohérents afin d'assurer une certaine pérennité des financements;
répondre aux besoins locaux en utilisant au mieux les ressources disponibles.
Au final, les Sreps ont servi d'outil de diagnostic, d'orientation et d'organisation de l'éducation pour la santé en région.

# ...mais une articulation à géométrie variable avec les autres programmes de santé

La loi de santé publique du 9 août 2004<sup>4</sup> a rendu obligatoire l'établissement d'une articulation concrète de ces schémas avec les plans régionaux de santé

publique (PRSP). Ces plans constituent des outils opérationnels comportant un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels de santé mis en œuvre par les nouveaux groupements régionaux de santé publique (GRSP). Or, si les Sreps ont été de facto intégrés dans les PRSP, cette architecture s'avère à « géométrie variable » selon les régions étudiées :

– lors de l'élaboration des nouveaux PRSP, la prise en compte de la dimension « éducation pour la santé » a fortement varié selon la culture santé des acteurs régionaux. Ainsi, la volonté de conférer une place transversale aux thèmes relatifs à la promotion de la santé et à la prévention a présidé au choix d'élaborer, en Bretagne, un programme régional d'éducation pour la santé (Preps) opérationnel et support à l'égard de tous les programmes développés par le PRSP 2006-2010 ;

### Des agences régionales de santé en 2009

Annoncée pour 2009, la création des agences régionales de santé (ARS) a pour ambition de rendre plus lisible le dispositif d'administration de la santé au niveau régional, devenu complexe par la superposition, au fil du temps, de structures et d'institutions aux compétences enchevêtrées.

Réforme d'importance, cette nouvelle organisation du pilotage régional de la santé vise le décloisonnement entre les soins de ville, les soins hospitaliers, le médico-social, la prévention et la sécurité sanitaire afin de conduire une politique globale de santé cohérente. Elle a également pour objectif de mieux articuler les acteurs pour donner plus d'efficience au système de soins.

Les ARS auront donc un large périmètre, construit à partir du socle soins de ville et hôpital, élargi, en aval, au médico-social et, en amont,

à la prévention et l'éducation pour la santé. Elles regrouperont les services déconcentrés de l'État, dont la partie santé des directions départementales et régionales des Affaires sanitaires et sociales (Ddass et Drass), les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les unions régionales des caisses d'Assurance Maladie (Urcam) et les groupements régionaux de santé publique (GRSP).

Les textes législatifs qui seront discutés à l'automne en diront plus long, notamment sur tous les aspects administratifs de la mise en œuvre (statut juridique des ARS, dimensionnement, organisation pratique, etc.).

#### Dr Annie-Claude Marchand

Chef de département,

direction du développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, INPES.

-l'instauration des GRSP, instance unique de pilotage et de financement des politiques régionales de santé, a accentué les logiques d'acteurs entre les différents décideurs et financeurs dans la région. Une région particulièrement avancée en matière de politique territoriale de santé conduite en partenariat, comme la région Nord-Pas-de-Calais a vu se constituer une structure parallèle au GRSP destinée à financer des actions de promotion de la santé, en raison du refus du conseil régional et des conseils généraux de toute prééminence de l'État en la matière. Il en découle une plus faible place de l'éducation pour la santé au sein du nouveau PRSP, comparativement aux anciens plans régionaux de santé.

# Les pôles de compétences, une opportunité pour l'éducation pour la santé...

Les pôles régionaux de compétences constituent une plate-forme fédérant les compétences et ressources de chaque région susceptibles d'être mises à la disposition des acteurs de proximité pour mettre en place des actions en éducation pour la santé ou promotion de la santé. Dans ce contexte, leur mise en place progressive confère une nouvelle dynamique aux Sreps, cela à plusieurs niveaux :

 d'une part, ces pôles correspondent aux besoins repérés par les Sreps, qui formulent tous un axe stratégique en ce sens; - d'autre part, bénéficiant d'un soutien financier de l'INPES et de l'appui technique du réseau associatif des comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé (Cres/Codes), ils sont mis au service de tous les acteurs de terrain, afin de mieux couvrir les territoires, d'atteindre les populations visées et d'améliorer la qualité des actions réalisées par les professionnels de proximité; - enfin, ces pôles auront vraisemblablement vocation à constituer l'interlocuteur privilégié des GRSP en matière d'expertise technique des actions de proximité en éducation pour la santé, dans le cadre de politiques de santé réellement régionalisées.

# ...qui soulève néanmoins des questions

Cette configuration du dispositif régional en éducation pour la santé comporte toutefois certaines fragilités : 
— la jeunesse du dispositif et la multiplicité des acteurs sont des freins au développement de l'évaluation des actions mises en œuvre par les opérateurs de proximité, dans la mesure où le champ de l'éducation pour la santé demeure hétérogène et gouverné par des principes divers ;

– bien que la démarche qualité participe à une certaine professionnalisation du champ de l'éducation pour la santé et à une meilleure reconnaissance de ses acteurs, certains acteurs de terrain ont émis la crainte que cette organisation régionale n'aboutisse à une logique de sélection des opérateurs légitimés à intervenir parce qu'ils avaient été ainsi « labellisés » ;

– les pôles régionaux de compétences risquent de reproduire les inégalités territoriales déjà existantes dans l'accès à l'éducation pour la santé s'ils n'organisent pas des relations multiniveaux avec le réseau local des opérateurs et animateurs de santé, à l'image des Pays de la Loire, où, par exemple, les ressources documentaires en éducation pour la santé sont déclinées au niveau départemental.

En définitive, il semble que les Sreps aient été une condition nécessaire mais insuffisante pour consolider une politique d'éducation pour la santé au niveau régional. On peut d'autant plus le regretter que le champ de l'éducation pour la santé demeure bien fragile et peine à trouver sa place dans les priorités nationales de santé; ainsi, comme le soulignait l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), en 2003, dans son analyse de la politique de prévention en France, « la loi du 4 mars 2002<sup>5</sup> consacre ainsi une option française, qui fait de la promotion de la santé non pas le fondement de la politique de santé auquel appelle la charte d'Ottawa, mais un élément certes consubstantiel à la prévention, mais finalement second et de portée plus symbolique qu'opérationnelle »6.

Michèle Culioli-Bigot, Nathalie Dagneau, Armelle Drexler, Camille Dumas, Pascal Fauchet, Damien Flourez, Damien Lagneau, Perry Mottier, Audrey Serveau, Élisabeth Wisniewski.

<sup>1.</sup> Directeurs des soins, directeurs d'hôpital, directeurs d'établissement sanitaire et social, directeurs d'établissement social et médico-social, inspecteurs de l'action sanitaire et sociale.

<sup>2.</sup> Circulaire DGS n° 2001/504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé (Sreps).

<sup>3.</sup> É. Le Grand (sous la dir.). Les schémas régionaux d'éducation pour la santé : enjeux et limites dans le cadre des politiques régionales de santé. Rennes : ENSP, MIP n° 11 ; 2007 : 69 p. Une version sans annexes est disponible en ligne :

http://ressources.ensp.fr/memoires/2007/mip/groupe\_ 11.pdf

<sup>4.</sup> Loi nº 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

<sup>5.</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

<sup>6.</sup> Inspection générale des affaires sociales. Rapport annuel 2003 - Santé. Pour une politique de prévention durable. Paris : La Documentation française, 2003 : 399 p.

# Réduire les inégalités sociales de santé : un défi pour l'Europe!

Les inégalités sociales de santé se creusent en France et dans les autres pays européens. Les vingt-sept pays membres de l'Union européenne ont planché, pendant quatre ans, sur les stratégies permettant de s'attaquer à ces inégalités. Ils ont aussi repéré dans chaque pays des « bonnes pratiques » en la matière. Ce programme intitulé « Closing the gap » vient de s'achever, un autre, intitulé « Determine », prend la relève.

Les inégalités sociales de santé - c'est-à-dire liées au statut socio-économique, occupationnel ou aux revenus – sont présentes dans l'ensemble des pays de l'Union européenne (1). Face à ces disparités qui ne cessent de s'aggraver au fil des décennies, la lutte contre les inégalités de santé est devenue un véritable défi pour la santé publique. En effet, s'il existe d'importantes données faisant état de ces disparités sur de multiples indicateurs de santé, les mécanismes producteurs de ces inégalités sont encore mal connus ; et l'on dispose de peu de connaissances sur les politiques, mesures et stratégies d'action à entreprendre pour réduire les inégalités en matière de santé. Les recommandations formulées dans les ouvrages les plus récents en la matière, et plus généralement dans les écrits scientifiques, demeurent très généralistes et rarement étayées par des exemples concrets d'interventions s'appuyant sur des mesures d'impacts (2).

Cette situation est en partie liée à la complexité du phénomène et à l'absence de modèles intégrés pour fonder les pratiques. Mais c'est surtout la difficulté à apporter la preuve de l'efficacité des politiques et des actions conduites dans cet objectif qui fait obstacle à l'action. On est ici face à une problématique classique de l'évaluation des interventions de promotion de la santé, interventions qui, par nature, sont globales et étroitement dépendantes du contexte dans lequel elles se déroulent. Ce type d'intervention se prête souvent mal aux méthodes classiques de démonstration de l'efficacité (études expérimentales ou quasi expérimentales).

#### Identifier des stratégies d'action

C'est dans ce contexte que le projet européen « *Closing the gap* : stratégies d'action pour lutter contre les inégalités de santé en Europe » a vu le jour, en 2004. Un projet résolument tourné vers l'action.

"Closing the gap" a été cofinancé par la Commission européenne, en juin 2004, pour une période de trois ans. Le projet est coordonné par le Centre fédéral allemand d'éducation pour la santé (BZGA) en collaboration avec l'association EuroHealthNet, qui regroupe trente-trois agences de santé publique ou de promotion de la santé issues de vingt-deux pays de l'Union européenne. Soutenu par un comité scientifique consultatif composé d'experts européens dans le domaine des inégalités de santé<sup>1</sup>, le projet a réuni les agences nationales pour la santé publique et la promotion de la santé de vingt-deux pays<sup>2</sup>, dont l'INPES.

Il avait pour principal objectif de développer et diffuser les connaissances à même de soutenir la mise en place de stratégies d'actions pour réduire les inégalités de santé au sein de l'Union européenne. Plus précisément, le projet visait à :

- développer une vision claire et partagée de ce que recouvrait le principe de réduction des inégalités de santé à travers un dialogue entre l'Union européenne et les différents partenaires nationaux et locaux;
- dresser une typologie des pays membres de l'Union européenne en fonction de leur engagement dans la lutte contre les inégalités de santé et des moyens mis en œuvre à cette fin ;
- développer une base de données

européenne des « bonnes pratiques »<sup>3</sup> issues des mesures/interventions locales ayant montré leur capacité à lutter contre les inégalités de santé.

Toute les informations, productions et présentations issues du projet sont téléchargeables sur le site du projet : http://www.health-inequalities.eu/

#### Agir sur les déterminants sociaux

Face à ces inégalités de santé, on distingue généralement trois types de réponses politiques (3):

- améliorer la santé des groupes défavorisés par des programmes ciblés ;
- réduire les écarts de santé entre les groupes les plus nantis et ceux les plus défavorisés;
- prendre en compte l'ensemble du gradient social de santé, c'est-à-dire s'intéresser aux liens entre la position socio-économique et la santé à travers l'ensemble de la population.

Ces trois options ont en commun d'inclure une action sur les déterminants sociaux pour réussir et d'accorder une attention particulière aux publics les plus démunis. Elles présentent néanmoins de grandes différences quant aux effets attendus, présentant chacune des avantages et des limites qu'il serait trop long d'aborder ici.

Ce qu'il convient de retenir, c'est qu'il n'existe pas une stratégie meilleure que l'autre pour aborder le problème si complexe des inégalités de santé. Comme le souligne H. Graham (3), ces approches ne doivent pas être considérées comme étant concurrentielles. Le recours préférentiel à l'une ou l'autre de ces approches, ou encore combinant les trois, est étroitement lié au niveau de développement des pays, aux contextes locaux et aux besoins des populations. Quelle que soit l'approche retenue, il importera toujours de travailler en priorité sur les déterminants sociaux de la santé, afin d'amener la santé de toutes les couches sociales au niveau de celle des mieux nantis; cela en mettant l'accent sur la santé « des plus défavorisés » pour que la santé de ces derniers s'améliore de façon plus significative et plus rapide.

Pour de meilleurs résultats, il est recommandé de combiner les actions tant en « amont » (sur les causes) qu'en « aval » (sur les conséquences) des inégalités. Dans ces conditions, il est important de se fixer des objectifs ciblés et réalistes et de miser sur des résultats à long terme (4).

# Une Europe diversement engagée contre les inégalités

Partant de ces principes, chaque pays participant a ainsi été amené, en collaboration avec ses principaux partenaires nationaux, à produire une synthèse de la situation nationale relative aux politiques publiques, aux acteurs et aux outils développés pour tenter de remédier aux inégalités de santé au niveau national. Les profils de vingt et un pays ont alors servi de base à l'établissement d'une typologie des politiques menées par les différents États membres afin de réduire les inégalités de santé (4). Cette classification reprenait le modèle de M. Whitehead (1998), qui identifiait le niveau d'avancement des pays dans la lutte contre les inégalités de santé sur un continuum allant d'une position de déni/indifférence pour le sujet à une réponse intégrée et coordonnée à l'autre extrémité du spectre.

Dans le rapport, quatre groupes de pays sont distingués en fonction du niveau de globalité et d'intégration de leur politique de santé publique :

- le premier groupe rassemble les pays qui ne disposent pas d'une politique explicite au regard des inégalités de santé mais qui mènent différentes actions liées aux déterminants sociaux de la santé à la fois au niveau national et local;
- le deuxième groupe est composé de pays où il est possible d'identifier certaines mesures pouvant contribuer à

réduire les inégalités sociales de santé mais qui ne sont pas intégrées dans un plan d'ensemble. La France est classée dans ce groupe car, s'il existe bel et bien des politiques de lutte contre la pauvreté ou les inégalités économiques, aucune n'est envisagée comme un levier au regard de la problématique des inégalités sociales de santé. Dans ce contexte, la Commission nationale consultative des Droits de l'homme (5) soulignait que « l'action de la France pour parvenir à l'universalité du droit à la santé sur son territoire est limitée »;

- le troisième groupe rassemble des pays qui ne disposent pas nécessairement de plan d'action visant à réduire les inégalités sociales de santé mais qui traduisent une forte préoccupation pour cette problématique à travers une politique de santé publique fortement imprégnée de principes d'équité;
- le dernier groupe présente les quelques rares pays disposant d'un plan d'action coordonné et intégré se caractérisant par :
- la définition d'objectifs quantifiés de réduction des inégalités de santé;
- un engagement et une action interministériels ;
- des plans d'actions articulés construits à partir de thèmes prioritaires.

# Une base européenne des bonnes pratiques

Comme déjà souligné en introduction, il existe encore très peu de données scientifiques sur lesquelles fonder nos actions dans un objectif de réduction des inégalités de santé. L'idée de baser les interventions en promotion de la santé sur des données probantes fait d'ailleurs l'objet de vifs débats dans le milieu de la recherche. Et, lorsque ces

données existent, elles présentent souvent une utilité limitée pour les acteurs de terrain soucieux de mettre en place des actions en vue d'infléchir la tendance. Ici, en effet, on tend à juger de l'efficacité des interventions à l'aide d'indicateurs de santé (ou des variables intermédiaires, comme par exemple le tabagisme) mesurés selon un protocole « avant-après », sans faire état des processus, des contextes ou encore des modalités d'interventions vraisemblablement impliqués dans les résultats observés. C'est pourquoi le volet du projet européen relatif à la constitution d'une base européenne de données de « bonnes pratiques pour lutter contre les inégalités de santé » mérite une attention particulière.

Sur le plan méthodologique, l'analyse des projets a été conduite au niveau national par les représentants institutionnels des pays à partir d'une liste de onze critères de qualité (exemple: participation du public, accessibilité de l'action, approche par lieux, diagnostic des besoins, pouvoir d'agir, partenariats, évaluation, pérennisation, etc.). Ont été retenus les projets qui pouvaient justifier du caractère exemplaire de leur action sur certains de ces critères. Ici, donc, l'accent est mis sur la qualité de la démarche (du processus) plutôt que sur la preuve de l'efficacité. Parmi les projets retenus, la très grande majorité ciblait les publics de faible statut socio-économique, en situation familiale qualifiée de « difficile » (exemple : familles monoparentales) ou résidant dans des quartiers défavorisés. Il s'agissait principalement d'actions mettant en œuvre une démarche d'éducation pour la santé, ciblant les déterminants individuels (exemples: comportements liés à la nutrition, le tabac, l'alcool, etc.), le système de santé ou l'insertion sociale. Parmi les constats à faire, on retiendra le peu de projets répertoriés sur des déterminants de la santé plus structurels, comme les conditions environnementales, l'environnement physique au travail ou à l'école et le logement. Aucune action n'avait prévu la réalisation d'études économiques (coût-efficacité).

Si la méthodologie de ce projet européen est discutable à certains égards, elle a le mérite d'amorcer une démarche de mutualisation des connaissances et des expériences à travers l'Europe, directement utilisables par les promoteurs d'actions. Au-delà de la question récurrente du caractère transférable des pratiques, ce type de dispositif constitue un véritable outil d'aide à l'action susceptible de contribuer à améliorer la qualité des actions mises en place.

Une synthèse des travaux conduits sur les trois années du projet a été présentée au cours de la conférence de clôture, le 8 mai 2007, à Bruxelles (les présentations de cette journée sont téléchargeables sur le site). C'est au cours de cet événement que le rapport final du projet « Taking action on health equity » a été diffusé. Dans ce document figurent les orientations stratégiques ou les plans d'action de chacun des pays (ou agences) partenaires pour les années à venir. Il ne s'agissait pas là de « redéfinir » la politique nationale mais plutôt d'adopter des orientations ou des mesures réalistes et complémentaires à celles qui pouvaient préexister.

Pour succéder au programme « Closing the gap » (2005-2007), un nouveau projet européen intitulé « Determine » a démarré, à l'automne 2007, dans la continuité des travaux engagés. Son premier objectif est de stimuler l'action sur les déterminants socio-économiques de la santé pour une plus grande équité en santé. « Determine » est cofinancé par la Commission européenne et les instituts de promotion de la santé des pays participants. Il réunit trente partenaires ; en France, la direction générale de la Santé et la direction générale de l'Action sociale y participent; l'INPES est largement impliqué. Dans la même logique que « Closing the gap », qui avait pour finalité l'échange de connaissances et la mise en œuvre de stratégies d'action, « Determine » vise à mettre à la disposition de tous les bonnes pratiques dans ce domaine. Le projet se compose de sept modules différents : la coordination du projet, la diffusion et le partage de l'information, l'évaluation, la mise en place et les activités du consortium, l'analyse des politiques des approches transférables qui prennent en compte les déterminants socio-économiques de la santé, l'identification et le pilotage d'approches innovatrices, la sensibilisation et le renforcement des capacités.

#### **Anne Guichard**

Chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé, INPES.

#### Pour en savoir plus

Un site Internet dédié vient d'être lancé : http://www.health-inequalities.eu/

- 1. D' Joan Benach, université Pompeu Fabra à Barcelone; P Hillary Grabam, université York à Toronto; D' Andreas Mielck, Institut d'économie de la santé et de gestion des soins de santé à Neuberberg; P Margaret Whitebead, université de Liverpool en Grande-Bretagne et D' Eric Ziglio, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe à Rome.
- 2. Allemagne, Angleterre, Belgique, Danemark, Écosse, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Norvège, Pays-Bas, pays de Galles, Pologne, Portugal, République tchèque, Républiane slovaaue. Suisse.
- 3. Dans le cadre du projet, nous appelons » bonnes pratiques toute action mettant en œuvre une métbodologie ou un traitement spécifique jugé optimal eu égard aux résultats obtenus versus attendus. Ce terme suscite un intérêt particulier dans le domaine de la santé car il laisse ouverte la voie à l'innovation ou à la révision de l'action en question si nécessaire. En outre, dans le domaine des politiques de santé, il existe un intérêt tout particulier à échanger les meilleures pratiques, car, à l'inverse des entreprises commerciales, il n'existe pas d'intérêts concurrentiels poussant à les garder secrètes.

## w Références bibliographiques

(1) Mackenbach J.P. Health Inequalities: Europe in Profile. London: An independent expert report commissioned by, and published under the auspices of the UK Presidency of the EU, 2005.

En ligne: http://www.health-inequalities.org (rubrique Publications)

(2) Dahlgren G., Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up (Part 2). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Studies on social and economic determinants of population health, No.3, 2007.

En ligne: http://www.euro.who.int/document/e8938 4.pdf

(3) Graham H. Tackling health inequalities in England: remedying health disadvantages, narrowing gaps or reducing health gradients. Journal of Social Policy 2004; 33: 115-31. (4) Judge K., Platt S., Costongs C., Jurczak K. Health Inequalities: a Challenge for Europe. London: An independent, expert report commissioned by, and published under the auspices of, the UK Presidency of the EU, 2006: 52 p.

En ligne: http://www.health-inequalities.org (rubrique Publications)

(5) Commission nationale consultative des Droits de l'homme. Avis sur la préservation de la santé, l'accès aux soins et les droits de l'homme, 2006.

En ligne: http://www.cncdh.fr/article.php3?

Entretien avec Catherine German-Labaume, responsable de l'observatoire communal de la santé de Martigues, dans les Bouches-du-Rhône.

# « Repérer et faire reconnaître les maladies professionnelles »

Créé en 1992, l'observatoire communal de la santé de Martigues centralise les informations concernant les maladies professionnelles et incite au travail en réseau. L'observatoire a permis de mieux repérer – puis reconnaître – les pathologies liées aux conditions de travail. Cette action a été labellisée « bonne pratique » par le programme européen « Closing the gap ». En particulier parce qu'il remplit les deux critères suivants : la participation des actifs concernés et le partenariat entre les professionnels intervenants.

# La Santé de l'homme: Comment définissez-vous l'observatoire communal de la santé?

Catherine German-Labaume: Il s'agit à la fois d'un système de collecte et de traitement d'informations sur des thèmes de santé et d'un lieu référent permettant à de nombreux acteurs de divers horizons de la ville de Martigues d'échanger. Cet observatoire, créé en 1992 par la municipalité, a vu ses missions évoluer. Une des premières missions confiées à l'observatoire concernait les maladies professionnelles avec, d'une manière plus précise, la recherche d'informations permettant une meilleure connaissance de l'impact de ces maladies sur la santé des habitants. Notre approche était alors très axée sur l'environnement et le travail. Nous réfléchissions sur les conséquences de cet environnement industrialisé sur la pollution atmosphérique, sur la qualité de l'habitat. Nous avions besoin de mieux connaître, dans notre espace communal, toutes ces interactions.

#### S. H.: Y a-t-il eu une demande particulière?

Cette demande est venue de médecins d'un centre mutualiste de Martigues qui suivaient la santé des ouvriers. Ils avaient remarqué que beaucoup de leurs patients souffraient de pathologies particulières. Certains étaient usés, « vieux avant l'âge », ou souffraient de

maladies à répétition sans trouver une explication. Il faut dire que Martigues a un bassin d'emploi très industrialisé et que, pour ne citer qu'un exemple, nous connaissons dans notre cité de nombreuses maladies liées à l'amiante. Ces médecins, ayant l'habitude de travailler en équipe, ont alerté certains de leurs collègues généralistes en mettant sur la table une question centrale: quels sont les impacts de l'environnement sur la santé de ces salariés ? L'importance de cette question et la difficulté de dialogue entre des corps de métier qui n'avaient pas forcément l'habitude de travailler ensemble, comme les médecins du travail, les hospitaliers, les travailleurs sociaux, les médecins libéraux, ont fait rapidement émerger la nécessité de s'organiser pour mieux travailler ensemble. La Ville et les Mutuelles de Provence ont donc décidé de développer un outil de connaissance sur les maladies professionnelles: l'observatoire communal de la santé était né.

# S. H.: En 2000, l'observatoire communal de la santé a obtenu le prix « Agenda 21 » attribué par le ministère de l'Environnement et le département interministériel de l'Urbanisme. Sur quels critères ?

C'est sur le double volet participation des citoyens, d'une part, et participation des praticiens, d'autre part (NDLR: voir aussi encadré). L'observatoire est un concept de solidarité. Pour que cela

fonctionne, il est nécessaire de mobiliser un grand nombre de personnes. Nous avons multiplié les échanges pour récupérer des informations, croiser nos sources et en même temps sensibiliser. L'observatoire a besoin de la participation active des citoyens, contribuant ainsi à fournir une meilleure compréhension de leur environnement et de leur métier en particulier. Il a besoin aussi de la participation des médecins, qui apportent un regard sur les problèmes de santé liés aux risques environnementaux locaux et fournissent des informations médicales. Notre observatoire a donc commencé à établir un diagnostic communal. Ce qui nous a conduits à porter un projet d'atelier Santé-Ville et bien sûr à ouvrir nos champs d'intervention.

# S. H.: Ce diagnostic communal a-t-il fait émerger des axes nouveaux?

Le travail effectué sur les pathologies professionnelles nous a conduits à élargir le champ d'action de l'observatoire. À partir de fin 2002, nous avons travaillé sur un « plan local de santé publique » dont la rédaction s'est achevée début 2006. Au cœur de ce plan, qui est en cours de mise en œuvre, le volet « maladies professionnelles » reste central. Mais d'autres thématiques sont apparues, comme l'accès aux soins et aux droits, la nutrition, l'exercice physique, l'hygiène bucco-dentaire, la souffrance psychique, la santé mentale, le handicap, etc.

#### S. H.: L'observatoire communal de la santé est une « bonne pratique » de sensibilisation et d'éducation à la santé?

L'observatoire se fonde sur l'écoute des gens et la mise en synergie de toutes les capacités. En matière de maladies professionnelles, je ne vois pas comment faire de la prévention, par exemple, si le salarié n'est pas associé. C'est la même chose en matière d'éducation à l'équilibre alimentaire.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**Journaliste.

Pour en savoir plus

www.mairie-martigues.fr

# Une nombre accru de déclarations de maladies professionnelles

L'observatoire communal de la santé de Martigues a pour premier objectif d'aider au recensement des pathologies professionnelles et des postes de travail à risques, de mettre en réseau tous les intervenants pour mieux prévenir ce type de risques.

Il ressort de l'évaluation effectuée que le premier intérêt de l'observatoire est sa capacité à diagnostiquer de nouveaux cas de pathologies professionnelles. Le système d'information mis en place a permis de « multiplier par cinquante » le nombre des déclarations de maladies professionnelles à l'Assurance Maladie. À noter que 50 % d'entre elles concernent un public de salariés précaires (sous-traitants, intérimaires, travailleurs immigrés), selon Catherine German-Labaume, responsable de l'observatoire. Cette démarche permet d'attribuer aux conditions de travail un plus grand nombre de pathologies dont l'origine aurait, sans cela, été certainement ignorée ou mal affectée. Par rapport à la grille des « critères de bonnes pratiques » fixée par les experts du programme européen, cet observatoire tend à la réduction des inégalités de santé en remplissant deux critères : la participation des personnes (mille cinq cents salariés ont été associés) et le partenariat (mutuelle et médecins mutualistes, syndicats, municipalité, associations de malades, médecins libéraux et hospitaliers, acteurs institutionnels).

Y. G.

Trois questions à Marie-France Sarbad, présidente de l'épicerie solidaire de Bourg-en-Bresse, dans l'Ain.

# « L'épicerie solidaire est un lieu de promotion de la santé »

### La Santé de l'homme : Comment est né ce concept d'épicerie solidaire ?

Marie-France Sarbad: En 1999, les associations - Secours populaire, Restos du cœur, Comité catholique contre la faim, Emmaüs, etc. - et les responsables du centre communal d'action sociale tentaient de répondre au mieux à l'urgence en matière d'aide alimentaire. Mais elles laissaient aussi de côté toute une série de personnes connaissant également des difficultés. Elles dressaient le constat que les familles en difficulté financière – y compris passagère – opèrent d'abord des coupes claires dans leur budget alimentation, ce qui a des conséquences sur leur santé. Or il n'existait pas de structure adaptée. Elles ont eu alors l'idée de lancer une épicerie solidaire qui a démarré son activité en 2001.

# *S. H. :* Comment cette épicerie fonctionne-t-elle ?

Ce lieu a été pensé pour des personnes qui, en raison de leurs revenus faibles mais au-dessus des barèmes minimums, ne pouvaient accéder aux structures d'urgence. Ils avaient besoin d'une aide à un moment donné. Il s'agit véritablement d'une épicerie, genre supérette, qui vend des produits alimentaires et d'hygiène à des familles ou à des personnes qui sont envoyées par des travailleurs sociaux ou des associa-

tions. Les clients n'ont pas à raconter leur histoire; s'ils sont là, c'est parce que d'autres ont estimé qu'ils en avaient besoin. L'épicerie propose des produits à bas prix, certes, mais aussi beaucoup de fruits et de légumes. Elle est ouverte le mardi matin, le jeudi après-midi et le samedi matin. Les gens arrivent, montrent leur carte, nous permettant ainsi de vérifier la période d'admission – qui n'excède pas trois mois – et le montant du crédit. Il y a des montants maximums d'achats, les clients font leurs courses en totale liberté, passent à la caisse et payent.

Après la caisse, il y a un lieu d'accueil avec un café ou un jus de fruits, c'est un moment de convivialité, la parole est libre, nous orientons l'échange sur l'alimentation, prodiguons des conseils, donnons des recettes, proposons des ateliers cuisine. Si certaines personnes abordent d'autres questions dont nous n'avons pas la compétence, nous les orientons vers les personnes et services appropriés.

# S. H.: Quels sont les principaux apports de l'épicerie solidaire?

Nous accueillons environ cent familles par mois. Nous ne pratiquons pas la charité. Les personnes ouvrent leur porte-monnaie. La démarche est consentie. Un dialogue s'instaure. De nombreuses personnes viennent à l'a-

telier cuisine, qui fonctionne deux fois par semaine, pour cuisiner des plats, découvrir des goûts, partager le repas ensemble. Le lien social rime avec l'apport de connaissances, voici notre démarche éducative. De notre manière, nous contribuons très modestement à la réduction des inégalités : « Ici, je ne me sens pas pauvre » expliquait une cliente. L'épicerie solidaire est un lieu de promotion de la santé, entre autres choses parce que nous rendons plus accessibles des produits comme les fruits et les légumes. Enfin, les ateliers cuisine sont conçus comme des échanges de savoirs avec une participation active des bénéficiaires.

> Propos recueillis par **Denis Dangaix** Journaliste

#### Contact

Épicerie solidaire – 11, avenue de l'Égalité 01000 Bourg-en-Bresse

# Lieu d'achat et de rencontre

L'épicerie solidaire de Bourg-en-Bresse va à l'encontre d'une démarche d'assistanat, en proposant aux populations en situation de précarité des produits à des prix très modérés. Les ateliers cuisine, encadrés par une conseillère en économie sociale et familiale, permettent entre autres de développer la consommation de fruits, de légumes et de laitages. Au-delà du simple acte d'achat, l'épicerie permet de discuter « santé globale » avec les familles clientes, de les orienter si nécessaire vers les travailleurs sociaux et des dispositifs comme les centres d'examens de santé. Ce projet a été labellisé « bonne pratique » par le programme européen « Closing the gap » car il satisfait à plusieurs des critères fixés dans la grille européenne : existence d'un large partenariat, réalisation d'une évaluation poussée, durabilité. L'évaluation a fait l'objet d'un protocole avec les médecins de la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales, qui ont apporté leurs critères d'analyse. Enfin, cette action est en cours d'extension puisque d'autres épiceries solidaires doivent ouvrir sur le territoire, sur le modèle de celle de Bourgen-Bresse, une façon donc de « pérenniser » le projet initial.

Y. G.

# Des « bonnes pratiques » pour réduire les inégalités de santé

Outre l'observatoire communal de santé de Martigues et l'épicerie solidaire de Bourg-en-Bresse, trois autres actions françaises se sont vu labelliser « bonnes pratiques » de réduction des inégalités de santé par le programme européen « Closing the gap » : un cabinet dentaire pour les SDF à Toulouse, le guide du Comité médical pour les exilés (Comede) et le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps) du Limousin, qui s'est doté d'un comité d'usagers.

L'association Médecins du monde (MDM)<sup>1</sup>, le Conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes et l'École française de prothèses se sont associés pour ouvrir en 2005, à Toulouse, un cabinet dentaire pour les personnes en grande précarité n'ayant aucune couverture sociale, pour la plupart des sans domicile fixe. L'objectif est de leur procurer des soins et des prothèses dentaires gratuits. Pour MDM, « la mise en place d'une telle structure permet de réduire les inégalités de santé ». Mille cinq cents personnes sont ainsi soignées chaque année. Cette action a été labellisée parce qu'elle remplit plusieurs critères essentiels pour réduire les inégalités de santé : un accès aux soins pour les plus démunis, un large partenariat entre les centres de soins de Médecins du monde et les dentistes. L'action permet aussi aux étudiants de l'École française de prothèse de se confronter à la réalité clinique. Il s'agit d'un bénévolat impliquant des professionnels et des étudiants en fin d'études, donc compétents.

Le Comité médical pour les exilés (Comede)<sup>2</sup> publie, chaque année, un guide pratique destiné aux professionnels. Cet ouvrage disponible en versions papier et électronique porte sur la prise en charge médico-psycho-sociale des migrants et étrangers en situation précaire. Il a reçu, en 2005, le prix de la revue *Prescrire* pour le service rendu aux professionnels concernés. Ce guide a été labellisé « bonne pratique » parce qu'il contribue à réduire les inégalités

de santé, en favorisant l'accès aux services les plus essentiels, dont les soins. Pour le Comede, « le guide contribue à réduire les inégalités de santé en participant à l'amélioration des pratiques des professionnels ».

Enfin, la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales du Limousin<sup>3</sup> s'est vu octroyer le label de « bonne pratique » de réduction des inégalités de santé pour la mise en œuvre du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps), dont elle est pilote. C'est la participation du public concerné par ce programme qui a été soulignée : un groupe de douze usagers désignés par les associations a en effet participé à l'élaboration et au suivi de ce programme (1). Ce comité des usagers a influé sur le contenu du programme puisque « des actions ont été concrètement modifiées ou créées sur avis du comité (...). Il a ainsi fait inscrire les problèmes de prothèses dentaires dans le contenu des Praps alors qu'ils avaient initialement été écartés », soulignent les porteurs de l'action. Cette action a été récompensée dans le cadre des Trophées de la qualité des services publics 2005. Outre la participation, elle a contribué à l'empowerment des populations concernées par ces actions.

Denis Dangaix

Journaliste.

# w Référence bibliographique

(1) Schweyer J. Comité des usagers en Limousin : innovant mais fragile. La Santé de l'homme n° 382, mars-avril 2006 : 18-9.

<sup>1.</sup> Frédéric Sananes – 5, boulevard de Bonrepos – 31000 Toulouse.

<sup>2.</sup> Hôpital de Bicêtre – 78, rue du Général-Leclerc – BP 31 – 94272 Le Kremlin-Bicêtre Cedex. En ligne : www.comede.org

<sup>3.</sup> Jean Schweyer – 24, rue Donzelot – 87000 Limoges.

# *Persepolis,* un film pour débattre avec les adolescents

Prix du jury au festival de Cannes 2007, le dessin animé « Persepolis » permet d'entrer dans l'intériorité d'une adolescente iranienne, ses états d'âme, ses craintes, ses amitiés et amours. Le tout dans une atmosphère de privation de liberté qui l'incite à se révolter. Un long métrage autobiographique de Marjane Satrapi, passant du tragique au comique, des déchirements adolescents aux coups de cœur et d'espoir. Un film fort intéressant pour débattre avec les adolescents.

Un film d'animation de Marjane Satrapi et Vincent Paronnaud avec les voix de Catherine Deneuve, Chiara Mastroianni, Danielle Darrieux France, 2007, 1 h 35

### 1. Le film

Persepolis est, au départ, une bande dessinée largement autobiographique de Marjane Satrapi<sup>1</sup>, une jeune Iranienne vivant aujourd'hui en France : enfant, elle a d'abord partagé l'exaltation de la révolution qui a renversé le Shah en 1978, avant d'être confrontée avec toute sa famille à un nouveau régime de plus en plus autoritaire et répressif ; à l'aube de l'adolescence, elle sera alors envoyée par ses parents, seule, en Autriche, pour y poursuivre ses études et s'y mettre à l'abri de la guerre en cours. De cette expérience, Marjane Satrapi a d'abord tiré une bande dessinée au graphisme expressionniste avant d'en faire un film d'animation avec la collaboration de Vincent Paronnaud. Plus resserré, marqué par la voix-off de la narratrice, le film rend sans doute plus évident le regard que la jeune femme, devenue adulte, pose à présent sur son enfance et son adolescence.

# 2. Relations à la problématique santé

Mélangeant l'histoire politique et l'histoire personnelle, *Persepolis* se signale notamment par la distance critique (dans un sens positif) que l'auteur porte sur son propre personnage confronté à de multiples épreuves et difficultés : l'adolescence en particulier y est montrée avec ses souffrances, ses déchirements et ses illusions, la narration autobiographique apparaissant



alors comme un geste d'auto-analyse du passé. C'est cette dimension qu'il paraît intéressant d'exploiter avec un jeune public qui, sans nécessairement s'identifier au personnage, pourra confronter ses propres expériences à celles de la jeune héroïne en « profitant » cependant de cette médiation d'un regard d'adulte.

#### 3. Suggestion d'animation

L'animation proposée ici s'adresse à un public d'adolescent(e)s (à partir de 15 ans environ) et veut d'abord s'attacher à la dimension autobiographique de Persepolis et plus particulièrement à l'évolution du personnage principal: on remarquera en effet que le film souligne par différents procédés l'écart entre le personnage de Marjane, enfant ou adolescente, et l'auteur devenue adulte. On commencera ainsi l'animation en demandant aux participants, après la vision du film, de citer les éléments du film dont ils se souviennent et qui révèlent cette distance - souvent ironique que Marjane Satrapi marque par rapport à elle-même et aux événements qu'elle

Un petit exemple suffira à concrétiser cette analyse et à lancer la réflexion des jeunes spectateurs. Ainsi, au début du film, la petite Marjane affirme qu'elle sera « le dernier prophète de la galaxie » : il s'agit bien sûr là d'une parole d'enfant, et tous les spectateurs (adolescents ou adultes) comprennent bien que l'auteur adulte ne croit évidemment plus à ce qui n'était qu'un rêve de petite fille. C'est d'abord avec nos connaissances d'adulte que nous jugeons qu'il s'agit là d'un enfantillage – et que nous estimons que Marjane Satrapi adulte doit elle aussi réagir comme nous -, mais d'autres indices nous permettent de confirmer notre interprétation : ainsi, l'échange qui suit avec la grand-mère de Marjane suffit à nous convaincre de la naïveté de la petite fille, tout en nous montrant une réaction d'adulte à laquelle nous pouvons nous identifier intellectuellement. Comme la grandmère, nous sourions intérieurement de ces propos enfantins tout en retrouvant sans doute dans l'attitude de la petite Marjane une part de notre expérience personnelle: pour rappel, la grand-



mère répond immédiatement à Marjane qu'elle sera sa première disciple lorsque celle-ci lui affirme qu'aucune vieille n'aura désormais le droit de souffrir, mais elle lui demande quand même comment elle fera pour que les vieilles ne souffrent plus, ce à quoi Marjane répond que ce sera interdit...

Demandons alors aux participants d'essayer de se souvenir d'un maximum d'épisodes qui révèlent l'évolution de Marjane ; essayons également de repérer dans ces différents épisodes des indices qui permettent de percevoir la distance que l'auteur marque par rapport à elle-même. Cette réflexion pourra être menée en petits groupes, mais l'on essaiera ensuite de regrouper les éléments relevés pour retracer l'ensemble du parcours psychologique du personnage (par exemple au tableau). On trouvera ci-dessous quelques exemples d'analyses qui pourraient ainsi être faites.

#### Révolte

À l'école, Marjane intervient pendant le cours d'éducation religieuse et déclare qu'il y a à présent trois cent mille prisonniers politiques en Iran. Le professeur téléphonera le soir aux parents de Marjane pour se plaindre de son comportement. Sa mère en larmes lui raconte alors que les Gardiens de la Révolution ont violé une jeune fille pour pouvoir l'exécuter après (car il serait interdit d'exécuter des vierges).

La réaction de Marjane est celle d'une adolescente révoltée qui n'admet pas la propagande ni les mensonges qu'on lui assène. Mais l'intervention de sa mère donne une coloration beaucoup plus dramatique à cet épisode en révélant les risques encourus par les opposants (réels ou supposés) au régime. Marjane n'est plus une enfant et elle connaît le monde qui l'entoure mais, adolescente, elle n'a sans doute pas la même perception des risques que sa mère : c'est effectivement l'âge où souvent l'on défie l'autorité (légitime ou non) et où l'on prend beaucoup de risques (pour de bonnes ou de mauvaises raisons...). À l'issue de cet épisode, les parents de Marjane prendront d'ailleurs la décision de l'envoyer étudier en Europe.

#### Musique viennoise

Arrivée à Vienne, Marjane se lie avec un groupe de « marginaux » et assiste avec eux à un concert de hard rock : d'abord hésitante, elle se met ensuite à danser frénétiquement.

Comme beaucoup d'adolescent(e)s, Marjane cherche à s'intégrer à un groupe dont elle va partager, au moins pendant un temps, tous les goûts même s'ils lui paraissent bizarres... Ici, c'est la mise en scène qui révèle le regard ironique de l'auteur sur le personnage : Marjane tarde en effet à réagir quand elle entend la musique comme si elle était surprise par cette musique effectivement assourdissante... Ensuite seulement, elle fait comme les autres et se met à danser.

#### Grandir

En 1986, en Autriche, Marjane se met soudain à grandir...

Tous les spectateurs se souviennent certainement de cette séquence spectaculaire où l'on voit Marjane grandir dans tous les sens mais de façon inégale. Le dessin animé s'inspirant de la peinture de Picasso montre bien sûr la croissance de l'adolescente de façon caricaturale et exagérée, révélant le regard ironique que l'adulte porte aujourd'hui sur cette période de transformation physique vécue souvent difficilement sinon douloureusement.

# Les histoires d'amour finissent mal...

En Autriche, Marjane rencontre Markus avec qui elle file le parfait amour... Mais leur relation se dégrade et Marjane le surprend un jour au lit avec une autre fille. C'est la rupture, Marjane considérant alors qu'elle n'a été qu'une « conne » dans toute cette histoire.

L'histoire d'amour de Marjane est tragi-comique : cette rupture aura des conséquences dramatiques pour la jeune fille qui va sombrer moralement et physiquement et se retrouver finalement à l'hôpital, gravement malade. L'épisode a pourtant également une dimension comique due essentiellement à sa répétition sur un mode grotesque : ce qui avait d'abord été montré comme une idylle romantique apparaît dans les souvenirs de la jeune fille comme une escroquerie. Markus apparaît à présent comme un personnage répugnant, médiocre, égoïste et finalement comme une « couille molle »... Ce regard critique est bien sûr le fruit de la déception, mais on devine aussi que c'est celui de l'adulte considérant de façon critique (ce qui ne veut pas dire négative) son premier chagrin d'amour.

#### **Commentaires**

L'objectif de l'animation est d'amener les participants à prendre, à travers la fiction<sup>2</sup>, une certaine distance critique par rapport à leurs propres expériences et à des émotions qui sont souvent vécues de facon intense et confuse. Tout le monde sans doute connaît un jour ou l'autre une déception amoureuse même si les conséquences en sont souvent moins graves que dans Persepolis. Et chacun a vécu de façon plus ou moins difficile les transformations corporelles liées à l'adolescence même si Marjane Satrapi en donne ici une image caricaturale et ironique. Il s'agira sans doute moins pour les participants de se comparer au personnage que de mieux apprécier comment le cinéma, mais aussi la littérature, permettent de parler d'expériences personnelles souvent intimes sur un mode qui n'est pas celui de la simple répétition mais plutôt de la « reprise analytique »: l'ironie en particulier est dans *Persepolis* un instrument d'une telle reprise mais également de partage avec les spectateurs.

#### **Prolongement**

Si *Persepolis* pose peu de problèmes de compréhension, certains épisodes risquent cependant de laisser perplexes de jeunes spectateurs. Trois épisodes au moins méritent, semble-t-il, qu'on y revienne lors d'une discussion avec l'ensemble des participants. Il s'agit d'abord de l'espèce d'effondrement moral éprouvé par Marjane après sa rupture avec Markus, puis de la dépression psychologique où elle sombre après son retour en Iran et enfin de son mariage raté avec Réza.

Il s'agira simplement de demander aux jeunes participants s'ils comprennent les réactions de Marjane à ces différents moments. Certain(e)s participant(e)s réagiront alors certainement de manière négative en posant des jugements dépréciatifs sur le personnage (« elle est faible », « elle se laisse aller », « elle ne réfléchit pas », etc.). On ne cherchera sans doute pas à les faire changer brutalement d'avis, mais on ouvrira une discussion à ce propos en permettant à des différents avis de s'exprimer à ce propos. Pour faire avancer la discussion, on conseillera cependant aux participants de s'appuyer sur un maximum d'éléments du film pour étayer leur opinion. On trouvera par ailleurs dans l'encadré ci-dessous quelques réflexions à ce propos³.

Si ces échanges peuvent se faire oralement avec l'ensemble du groupe, il sera intéressant pour terminer de demander aux participants de réagir au film individuellement et par écrit. On pourra, par exemple, leur demander en quoi l'expérience de Marjane est selon eux représentative des difficultés de l'adolescence ou est au contraire excep-



tionnelle. On pourrait également leur suggérer, si les premières réactions ont été particulièrement positives, de raconter (toujours par écrit et anonymement) l'un ou l'autre épisode de leur vie personnelle que l'histoire de *Persepolis* leur aurait rappelé.

Ces textes recueillis par l'animateur lui permettraient d'abord de mieux connaître le groupe auquel il s'adresse, notamment sa « sensibilité » aux différentes thématiques abordées par Marjane Satrapi : la solitude affective, la dépression, le conformisme adolescent, le deuil, la prise de certaines « drogues », l'exil réel ou psychologique, etc. Une publication est également envisageable (au moins en direction du groupe de départ), avec bien sûr l'accord des auteurs, et en prenant différentes mesures comme l'anonymat éventuel des textes pour garantir le respect mutuel. De tels textes, avec toutes les précautions évoquées révèlent souvent aux différents membres du groupe des préoccupations rarement évoquées dans les relations interpersonnelles.

#### Michel Condé

Docteur ès lettres, animateur, Centre culturel Les Grignoux (Liège).

1. Publiée en plusieurs volumes aux éditions L'Association.

2. Le film comme la bande dessinée n'est évidemment pas une «pure» fiction et comporte une large part autobiographique, mais, pour le spectateur, le partage entre vérité et fiction reste très incertain, ce qui crée, avec tous les procédés de la mise en scène, une distance irréductible entre le dessin animé et l'expérience personnelle de cbacun.

3. Pour des raisons de place, on n'a reproduit ici que la première de ces analyses disponibles dans le dossier pédagogique que le centre culturel Les Grignoux a consacré à ce film.

Pour en savoir plus : http://www.grignoux.be

### **Effondrement**

Juste après la découverte de l'infidélité de Markus, Marjane semble réagir par le mépris : elle s'est conduite comme une « conne » et Markus n'était qu'une « couille molle »... Pourtant, cette histoire malheureuse va la conduire à un véritable effondrement.

Plusieurs facteurs expliquent sans doute cette réaction. Le premier et le plus important est certainement la solitude de la jeune fille : une autre adolescente serait certainement retournée dans sa famille, dans un environnement « familier » où elle aurait ses repères et qui lui permettrait de se reconstruire. Même si les parents ou les frères et sœurs « ne peuvent pas comprendre », ils témoignent, en général, de l'affection qui aidera le jeune à surmonter ce chagrin. Le lieu – la chambre d'enfant –, les habitudes domestiques, les objets familiers suffisent souvent par leur seule présence à relativiser ce qui est vécu dans un premier moment comme une catastrophe ou un malheur absolu : le monde continue à exister, « la vie est là simple et tranquille » comme l'écrivait Verlaine. Or Marjane n'a pas de « base de repli » (elle a d'ailleurs été expulsée par sa logeuse) puisque ses parents ont tout fait pour qu'elle puisse quitter l'Iran.

En outre, les parents, s'ils ne sont sans doute pas les meilleurs conseillers en matière d'amour, définissent plus largement un cadre de vie, des règles de comportement, des objectifs à atteindre (par exemple, en matière scolaire) : cela peut représenter une contrainte, parfois insupportable, mais cela donne également un sens à l'existence qui ne se réduit pas à l'amour aussi important soit-il. Marjane, dont les parents et la grand-mère sont des guides essentiels mais absents, est à ce moment complètement seule et n'a donc pas les moyens de se construire un avenir ni même de l'imaginer de facon un peu concrète.

Le fait que Marjane soit étrangère constitue sans doute un autre élément d'explication de son effondrement. Elle dira plus tard qu'en Europe, on est libres mais qu'on vous y laisse mourir dans la solitude... Le propos est peut-être excessif mais traduit bien l'incapacité de Marjane à trouver de l'aide dans une société qu'elle ne connaît en fait pas bien : en arrivant en Autriche, elle a dû s'adapter avec une grande anxiété à des règles, à des normes, à un mode de vie différents qui l'empêchaient sans doute de se sentir tout à fait à l'aise. Dès lors, dans ce monde « étranger » (il suffit pour un Européen de s'imaginer dans un pays inconnu comme... l'Iran), toutes les portes paraissent fermées et il n'y a aucune personne à qui elle puisse s'adresser... L'effort psychologique pour s'adapter à ce monde « étranger » comme pour surmonter le chagrin amoureux est alors trop important pour la jeune fille qui s'abandonne totalement au flux de l'existence comme elle se laisse emporter par le tram jusqu'au terminus...

M. C.

### Tabagisme chez les jeunes



Cette analyse examine le potentiel d'efficacité des programmes scolaires et communautaires de prévention du tabagisme implantés au Québec par rapport aux meilleures pratiques de santé publique en matière de lutte contre le tabagisme. Les auteurs ont identifié les critères d'efficacité à utiliser pour l'analyse des programmes, établi les critères de sélection des programmes, effectué leur analyse et en ont dégagé les forces et faiblesses. En

conclusion, ils formulent des recommandations en matière de politique scolaire antitabac et de développement des activités éducatives à dispenser dans les classes. Ils préconisent de mettre l'accent sur le développement des habiletés à résister aux influences sociales plutôt que sur la transmission de connaissances. Ils recommandent de développer la formation des intervenants et d'associer les parents. Ils insistent sur l'importance d'inclure l'évaluation d'implantation et d'impact des activités de prévention dans le processus de mise en œuvre des activités.

**Olivier Delmer** 

**En ligne**: http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/761\_Anal PotenEfficProgrTabaJeunes.pdf

## Traité de santé publique. 2° édition.

François Bourdillon, Gilles Brücker et Didier Tabuteau (dir.)



La 2º édition de ce traité dresse un portrait en quatre grandes parties de la santé publique : les grands enjeux (enjeux politiques, sécurité et veille sanitaire, santé et environnement, prévention, Assurance Maladie, médicament, recherche et innovation, enjeux internationaux) ; l'état de santé et les principales pathologies (santé en France, maladies chroniques, maladies transmissibles et émergentes) ; les questions de société (approche par population,

nutrition et santé bucco-dentaire, douleur et soins palliatifs, accidents et violences) ; et l'organisation de la santé publique.

Dans la première partie, cinq chapitres sont consacrés à la prévention. Ils abordent tour à tour : la prévention et la promotion de la santé (historique, enjeux, organisation politique et perspectives) ; l'éducation pour la santé (conceptions dominantes et nouvelles approches) ; le dépistage (affections concernées, tests, population cible, efficacité, coût et qualité) ; l'éducation thérapeutique du patient (fondements et valeurs, place dans le dispositif de soins, évolution du rôle des soignants) ; la politique vaccinale (mise sur le marché des vaccins, mise en œuvre et suivi des politiques vaccinales).

0. D.

Paris : Médecine-Sciences Flammarion, coll. Traités, 2007 : 780 pages, 115  $\in$ .

#### La souffrance des adolescents

Quand les troubles s'aggravent : signaux d'alerte et prise en charge.

Philippe Jeammet, Denis Bochereau



Pour quitter la dépendance « infantile » et devenir plus autonome, l'adolescent traverse des périodes de grande fragilité. L'ouvrage de Philippe Jeammet, professeur de pédopsychiatrie, et Denis Bochereau, pédopsychiatre, tente de distinguer troubles classiques de l'adolescence et pathologies en constitution, comme les troubles du comportement, la dépression, l'anorexie, etc. Décrypter les bouleversements de l'adolescence, c'est aussi repérer les signaux d'alerte pour déci-

der d'une prise en charge. Ce livre est le fruit d'un partenariat entre l'Unafam et la Fondation de France.

Y. G.

Paris : La Découverte, 2007 : 224 pages, 16 €.

# Activité physique : contextes et effets sur la santé.

Institut national de la santé et de la recherche médicale



Commandée à l'Inserm par le ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, cette expertise collective a pour objectif de faire le point sur le concept d'activité physique, sa dimension sociale, son importance en termes de santé publique, et de répondre aux questions qui se posent sur les déterminants environnementaux, sociaux et psychologiques de la pratique de l'activité physique et sur les modes d'action physiologiques et thérapeutiques de l'ac-

tivité physique et sportive. Réalisé par un groupe pluridisciplinaire d'experts de la sociologie, de l'épidémiologie, de la médecine du sport, de la psychologie ou encore de la santé publique, ce travail repose sur une analyse et une synthèse de la littérature scientifique et médicale internationale. Cette analyse a été complétée par des auditions de plusieurs intervenants dans les domaines de la recherche sur les stratégies de promotion de l'activité physique et les approches environnementales, les effets de l'activité physique sur le sommeil et les études en économie de la santé.

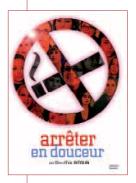
Les auteurs recommandent de promouvoir les activités physiques pour tous en soulignant que les approches basées sur les changements de comportements individuels doivent être accompagnées par une action sur leurs déterminants environnementaux et socio-économiques. Ils insistent sur le caractère incontournable de l'activité physique comme adjuvant au traitement de la plupart des maladies chroniques. Ils proposent de développer les recherches en France en informant les équipes de recherche sur les problématiques de l'activité physique et en incitant les pouvoirs publics à lancer des appels d'offres thématiques.

0. D.

Paris: Inserm, coll. Expertise collective, 2008: 832 pages, 60 €. Synthèse et recommandations disponibles en ligne: http://ist.inserm.fr/basisrapports/activite-physique/activite-physique\_synthese.pdf

#### Arrêter en douceur

Éric Bitoun



Arrêter en douceur est un documentaire de 20 minutes qui montre un dispositif d'accompagnement de l'application du décret interdisant l'usage du tabac qui, en ce qui concerne les établissements d'accueil des mineurs, s'impose aussi bien dans les lieux clos que dans les lieux ouverts. Ce dispositif destiné aux jeunes en internat a pour objectif de leur permettre d'« arrêter en douceur ». Aux témoignages des adultes impliqués dans le dispositif répondent des témoignages de jeunes qui s'expriment sur leur rap-

port au tabac : la première cigarette, les circonstances de consommation, leur motivation éventuelle à arrêter, etc.

Le professeur Dautzenberg explique les mécanismes de la dépendance au tabac, l'intérêt d'arrêter précocement, et les aides qui peuvent être proposées aux jeunes (substituts nicotiniques, relaxation, pratique d'activités physiques ou artistiques).

**Fabienne Lemonnier** 

Courbevoie : Skopia Films, 2008 (2 CD, 1 livret), 15 €. Diffusion : Skopia Films – 165, rue Jean-Pierre-Timbaud – BP 156 – 92406 Courbevoie – Tél. : 01 55 70 26 41,

http://www.skopiafilms.com

# Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé.

Nathalie Bajos, Michel Bozon M. (dir.), Nathalie Beltzer (coord.)



Après cinq années de travail (2003-2008), voici les résultats de l'enquête sur la sexualité en France, qui succèdent à ceux publiés en 1992. Cette actualisation était attendue : la banalisation de l'infection à VIH et des traitements, la modification de la représentation des risques encourus, l'évolution des rapports sociaux entre hommes et femmes ont amené – parmi d'autres facteurs – des changements qu'il était indispensable de mesurer et de prendre en compte dans l'évolution des politiques publiques.

Plus de 12 000 personnes de 18 à 69 ans ont ainsi répondu en 2005 et 2006 à une enquête téléphonique anonyme. Une équipe pluridisciplinaire a travaillé sur cette enquête (sociologues, démographes, épidémiologistes, psychosociologues, économistes de la santé). Cette pluralité d'angles d'analyse se retrouve dans cet ouvrage qui peut être lu comme un recueil de données scientifiques autant que comme l'essai autobiographique d'une société qui observe son intimité. Un travail passionnant qui ouvre des pistes – notamment pour réfléchir aux évolutions de l'éducation sexuelle.

E.P.

Paris : La Découverte, 2008 : 610 pages, 27 €.

#### Ateliers Santé-Ville.

Une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.



Les Ateliers Santé-Ville articulent politique de santé et politique de la ville sur les territoires. La Délégation interministérielle à la ville (Div) avait publié en 2004 un bilan d'étape des Ateliers Santé-Ville. Trois ans après, en s'appuyant sur des exemples concrets et sur des contributions de sociologues, médecins, chercheurs et acteurs de terrain, un guide de 284 pages fait le point complet sur la situation depuis 2006 : inégalités sociales et inégalités territoriales de santé, déterminants de santé et bilan du dispositif.

Élisabeth Piquet

En ligne: http://www.ville.gouv.fr/pdf/publications/ateliersante-ville-reperes.pdf

## Politiques sociales et de santé. Comprendre et agir.

Yvette Rayssiguier, Josianne Jégu, Michel Laforcade (dir.)



Les auteurs souhaitent, au travers de cet ouvrage, donner une vision plus claire du tissu très dense que représentent les politiques de santé et sociales, et les acteurs ou institutions qui les servent. Les dimensions sanitaires et sociales sont traitées conjointement car, à l'heure actuelle, elles sont de plus en plus étroitement liées.

On retrouve dans cette étude le contenu des principales politiques, et notamment les réformes récentes. L'historique de ces grands textes est retracé, les auteurs situent leur point d'ancrage dans le paysage actuel,

ainsi que les valeurs qu'ils véhiculent et leurs enjeux.

Les politiques sociales et de santé retenues sont éclairées par différents champs disciplinaires et particulièrement les sciences politiques, la sociologie et la systémique. Le point d'entrée proposé pour cette lecture est double, il met en lumière les modes d'intervention des pouvoirs publics mais donne également un aperçu détaillé de leur action sur le terrain. Enfin, il évoque la place des usagers et des autres acteurs : milieu associatif, établissements, etc. Le lecteur est alors invité à s'approprier des méthodes et des outils utiles à ses propres besoins pour une intervention professionnelle.

Céline Deroche

Rennes : EHESP, 2008 : 492 pages, 30 €.







tabac-info-service.fr 0825 309 310 0.156/min.